



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения** К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

1

(21) 2101548

(22) 28.04.2021

(46) Бюл. 177, 2021

(71)(73) Маликов М.Х. (ТJ); Карим-заде Г.Дж. (ТJ); Хамидов Ф.М. (ТJ); Худойдодов О.М. (ТJ); Хомидов И.Т. (ТJ); Саидов М.С. (ТJ)

(72) Маликов М.Х. (ТJ); Карим-заде Г.Дж. (ТJ); Хамидов Ф.М. (ТJ); Худойдодов О.М. (ТJ);

Хомидов И.Т. (ТJ); Саидов М.С. (ТJ); Бокиев Ф.Б. (ТJ)

(54) **СПОСОБ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ РЕЦИДИВНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ**

(56) 1. Белоконев В. И., Пушкин С. Ю., Шифрин Г. И. Морфофункциональные изменения в тканях при формировании жидкостных образований в подкожной клетчатке у пациентов после грыжесечения. Тольяттинский медицинский консилиум. 2011; 3: 20–21.,

2. Куликов К.Л. Отношение m.cremaster при паховой герниопластике/ Куликов К.Л. [и др.] // Сибирский мед. журнал. 2011. № 4 с. 75-77.

3. Кульченко Н.Г. Паховая герниопластика и мужское здоровье. Исследования и практика в медицине. 2019; 6(3): 65-73.

4. Акрамов Н.Р. Репродуктивный статус мужчин после классической герниопластики, выполненной в детском возрасте при паховой грыже / Н.Р. Акрамов [и др.] // Казанский медицинский журнал. - 2014. - Т. 95, №. 1.- С.7 - 11.

5. Bulus H, Dogan M, Tas A, Agladioglu K. The effects of Lichtenstein tension-free mesh hernia repair on testicular arterial perfusion and sexual functions. Wien Klin Wochenschr. 2013 Feb; 125 (3–4): 96–9.

2

6. Hernia Surge Group. International guidelines for groin hernia management. Hernia. 2018; 22(1): 1-165.\

7. Male infertility after mesh hernia repair: A prospective study / M. Hallen [et al.] // Surgery. - 2011. - Vol. 149, № 2. - P. 179-184.

8. Percalli L., Pricolo R., Passalia L., Ricco M. Comparison between self-gripping, semi re-absorbable meshes with polyethylene meshes in Lichtenstein, tension-free hernia repair: preliminary results from a single center. Acta Biomed. 2018; 89(1):72–78.

(57) Изобретение относится к области медицины, а именно к разделу хирургии грыж передней брюшной стенки.

Под общим обезболиванием через косопоперечный разрез паховой области производится выделение грыжевого мешка до грыжевых ворот. Определяется исходный дефект грыжи и состояние паховой связки. Апоневроз внутренней косой мышцы живота подшивается к паховой связке и сверх укладывается медиальный листок апоневроза наружной косой мышцы живота, тем самым ликвидируется грыжевой дефект. Латеральный листок апоневроза наружной косой мышцы живота в виде дубликатуры ушивается с медиальным листком и по нижнему краю раны мобилизуется кровоснабжаемый жировой и фасциальный лоскут на ножке и подводится сверх линии шва апоневроза и фиксируется. С целью профилактики контакта с элементами семенного канатика швы накладываются по задней части лоскута, тем самым укрепляется линия шва и создаётся благоприятное новое ложе для элементов семенного канатика.

Изобретение относится к области медицины, а именно к разделу хирургии грыж передней брюшной стенки.

Ежегодно в мире по поводу хирургического лечения паховых грыж получают лечение более 20 млн. пациентов, что составляет 10-15% от всех операций [6]. Актуальность проблемы заключается в том, что в основном страдают люди трудоспособного возраста и причем, несмотря на внедрение современной технологии в диагностики и усовершенствование различных вариантов традиционных и не натяжных способов операции частота рецидива и послеоперационных осложнений остаётся высокой [7]. Вместе с тем, более серьёзным является рост частоты мужского бесплодия, связанный с операциями паховых грыж [4].

По сведениям некоторых исследователей, рецидив грыж возникает до 26% при простых и до 35% при сложных формах. Открытым все еще остается вопрос усовершенствования хирургического лечения больных с паховыми грыжами в связи с высокой частотой рецидивов в отделениях обще - хирургического профиля, достигающим до 5-20%, а в специализированных клиниках - до 1 – 55% [1,8].

Традиционная герниопластика включает этапы выделения, вправления грыжевого мешка с его содержимым с последующей пластикой грыжевых ворот за счет местных тканей, где основную роль играет паховая связка и фасциально-мышечно-апоневротические ткани передней брюшной стенки. Однако при гигантских грыжах и выраженной слабости, а также при рецидивных формах, в большинстве случаев выполнить пластику местными тканями не представляется возможным. В этот момент подключается современная и эффективная герниопластика, в том числе и паховых грыж, а именно не натяжная герниопластика, которая позволила достичь большей эффективности лечения у лиц репродуктивного возраста [2].

Однако наряду с этим, использование полимерных материалов, приводят к таким осложнениям как свищи, инфицирование, экстррузия, болевые ощущения и парестезии в пахово-мошоночной области [5]. Дискутабельным все еще остается влияние на тканевую реакцию, в зоне интеграции и репродуктивной функции паховых герниопластиках у мужчин, применения имплантат из различных материалов [3]. В связи с этим остаются не до конца решенными вопросы хирургического лечения паховых грыж и вопросы профилактики рецидивов.

Наиболее близким способом к изобретению является способ укрепления паховых грыж по методике Бассини путем пластики местными тканями.

При данной операции после определения размеров дефекта, проводят пластическое закрытие грыжевых ворот местными тканями, используя край прямой мышцы и ее влагалища, надкостницу лонного бугорка, внутреннюю косую и поперечную мышцу, поперечную фасцию и паховую связку. Известный способ пластики по методике Bassini имеет ряд недостатков:

1. При данной операции сшиваются между собой разнородные по природе ткани, которые часто дают рецидив. Рецидив является причиной гипоплазии тканей, пластика которых может привести к повторной несостоятельности швов.

2. Герниопластика местными тканями при грыжах большого размера дает рецидив вследствие дряблости мышц боковых зон живота и поясничной области и отсутствия плотных апоневротических структур.

3. Повторные герниопластики при рецидивных грыжах резко ограничивают возможность использования местных тканей в качестве пластического материала и таким образом снижают качество жизни.

ЦЕЛЬЮ ИЗОБРЕТЕНИЯ является натяжная пластика рецидивных грыж паховой области при наличии противопоказания к применению сетчатых протезов путем создания мышечно-апоневротического каркаса, с укреплением зоны пластики, перемещенным фасциально-жировым лоскутом.

СУЩНОСТЬ ИЗОБРЕТЕНИЯ. Предложенный способ натяжной герниопластики достигается путем: 1) обеспечения хирургического доступа путем косо-поперечного разреза с широким иссечением измененной кожи и подкожно-жирового слоя; 2) тотальное удаление инфицированной сетки и швов и оценка состояния местных тканей и размеров грыжевого дефекта; 3) выделение элементов семенного канатика из рубцов и их перемещение; 4) выполнение пластики грыжевых ворот с использованием мобилизованных неизмененных мышц и апоневроза; 4) укрепление линии пластики мобилизованной фасциально-жировым лоскутом на ножке и погружения элементов семенного канатика поверх их.

Под общим обезболиванием через косо-поперечный разрез паховой области производится выделение грыжевого мешка до грыжевых ворот. Инфицированный полипропиленовый протез вместе с швами удаляется и рана промывается раствором перекиси водорода и 5% раствором Вавегана. Мобилизуются местные ткани, которые используются для пластики грыжевых ворот и оценивается их пригодность к пластике. Определяется исходный дефект грыжи и состояние паховой связки. Апоневроз внутренней косой мышцы живота подшивается к паховой связке и сверху укладывается медиальный листок апоневроза наружной косой мышцы живота, тем самым ликвидируется грыжевой дефект. Латеральный листок апоневроза наружной косой мышцы живота в виде дубликатуры ушивается с медиальным листком и по нижнему краю раны мобилизуется кровоснабжаемый жировой и фасциальный лоскут на ножке и подводится сверху линии шва апоневроза и фиксируется. С целью профилактики контакта с элементами семенного канатика швы накладываются по задней части лоскута, тем самым укрепляется линия шва и создаётся благоприятное новое ложе для элементов семенного канатика. Накладываются послойные швы на рану.

Изобретение имеет ряд преимуществ:

1. Предложенный способ позволяет укрыть дефект местными тканями за счет максимальной мобилизации окружающих грыжу тканей.

2. Фасциально-жировой лоскут является зонной, ограничивающей соприкосновение шовного материала с элементами семенного канатика, что наряду с укреплением линии шва грыжевого дефекта снижает риск раздражения семенного канатика и тем самым развитие ряда нежелательных осложнений.

3. Послойное укрепление линии грыжевого дефекта собственными тканями предупреждает развитие послеоперационных осложнений и рецидива патологии, резко сокращает сроки реабилитации пациента.

Заявляемый способ поясняется прилагаемыми графическими изображениями (фиг. 1-6). На фиг. 1 фото рецидивной паховой грыжи инфицированным сетчатым протезом с развитием множественных лигатур. На фиг. 2 фото дефекта с семенным канатиком. На фиг. 3 послойная пластика грыжевых ворот мышечно-апоневротическим слоем. На фиг. 4 мобилизованный фасциально-жировой лоскут. На фиг. 5 вид раны после сшивания узлами внутрь. На фиг. 6 показан окончательный вид раны.

Все вышеизложенное находит подтверждение в следующем клиническом примере.

Б-ной Х., 1956 г.р., адрес: Согдийская область, Айнинский район. Поступил 22.06.2020г. в отделение пластической и реконструктивной микрохирургии Республиканского научного центра сердечно - сосудистой хирургии с диагнозом: Рецидивная паховая грыжа. Инфицирование сетчатого протеза с развитием множественных лигатурных свищей.

Больной поступил через год после герниопластики. В РФ была выполнена ненатяжная герниопластика (2019), которая осложнилась инфицированием протеза и развитием свищей и рецидивом патологии. Обратился в РНЦСХ, после чего был госпитализирован.

При осмотре живота в левой паховой области имеется послеоперационный рубец 9,0x0,7 см, уплотненный с наличием нескольких свищей с гнойным отделяемым. При надавливании рубца выделения скудные, гнойного характера, отмечается рецидив грыжи. Кашлевой толчок положительный, в горизонтальном положении образование увеличивается в размере.

В июне 2019 г. больному была выполнена операция – натяжная герниопластика с созданием нового кровоснабжаемого ложа для элементов семенного канатика.

Под общим обезболиванием с иссечением старого рубца вместе со свищами обнажена область пластики дефекта. Имеется инфицирование протеза и швов. С техническими трудностями удален протез вместе со швами, и рана промыта растворами перекиси водорода и Вавегана 5%. Мобилизованы мышечно-апоневротический слой и оценено их состояние. Размер грыжевого дефекта стал равным 4.0x4.0. После мобилизации апоневроза наружной и внутренней косой мышцы живота и паховой связки начата натяжная пластика дефекта таким образом: первый ряд шва формирован между апоневрозом внутренней косой мышцы и паховой связкой, второй ряд – между медиальным листком апоневроза наружной косой и паховой связкой. Латеральный листок апоневроза наружной косой мышцы живота в виде дубликатуры ушит сверху медиальной и выкроен подкожно-фасциальный лоскут на осевой сосудистой ножке и этим же лоскутом укреплена линия пластики. Поверх лоскута уложены элементы семенного канатика и тем самым создано новое кровоснабжаемое ложе для элементов семенного канатика.

Предложенная методика была использована в 5 наблюдениях рецидивных паховых грыж, которым были использованы ненатяжные методы пластики.

СПОСОБ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ РЕЦИДИВНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ



Фиг 1.



Фиг. 2.



Фиг. 3.



Фиг. 4 .



Фиг. 5.



Фиг. 6.

Формула изобретения

Способ герниопластики при рецидивных паховых грыжах, включающий вскрытие пахового канала, выделения и иссечения грыжи, укрепление задней стенки пахового канала мышечно-апоневротическим слоем, отличающийся тем, что для укрепления задней стенки пахового канала апоневроз внутренней косой мышцы живота подшивают к паховой связке и сверху укладывают медиальный листок апоневроза наружной косой мышцы живота,

затем латеральный листок апоневроза наружной косой мышцы живота ушивают в виде дубликатуры с медиальным листком, область сформированной дубликатуры укрывают кровоснабжаемым фасциально-жировым лоскутом на ножке, выкроенным с нижней области раны с транспозицией и фиксации поверх линии швов, и тем самым создают благоприятное новое ложе для элементов семенного канатика.

Компьютерный набор: Нигораи А.

Заказ	Тираж	Подписное
Национальный патентно-информационный центр РТ 734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а		