



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

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

1

(21) 2101538

(22) 14.04.2021

(46) Бюл. 180, 2022

(71)(73) Махмадзода Фарух Исроил (ТД)

(72) Махмадзода Фарух Исроил (ТД); Султонов
Рахмонали Боронович (ТД)

(54) **СПОСОБ УКРЕПЛЕНИЯ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ
ПАХОВОГО КАНАЛА ПРИ ЛАПАРОСКОПИ-
ЧЕСКИХ ГЕРНИОПЛАСТИКАХ ПРЯМЫХ ПА-
ХОВЫХ ГРЫЖ**

(56) 1. Легкие или композитные эндопротезы для гер-
ниопластики: выбор материала на основании экспе-
риментального изучения их биосовместимых свойств
/ А.А. Нетяга [и др.] // Современные проблемы науки
и образования. – 2013. – №5. – С. 370.

2. Пискунов А.С. Выбор операции у больных с
паховыми грыжами с учетом дисплазии соединитель-
ной ткани: дис. ... канд. мед. наук / А.С. Пискунов. –
Пермь, 2011. – 96 с.

3. Насибян А.Б. Выбор способа операции у
больных с рецидивной паховой грыжей после ауто-
пластических и протезирующих грыжесечений: авто-
реф. дис. ... канд. мед. наук / А.Б. Насибян. – Самара,
2014. – 21 с.

4. Саджов Н.М. К оценке результатов хирур-
гического лечения грыж передней брюшной стенки с
синдромом дисплазии соединительной ткани: дис. ...
канд. мед. наук / Н.М. Сажидов. – Ярославль, 2017. –
125 с.

2

5. Abdominal wall dynamics after component sep-
aration hernia repair / J. Lisiecki [et al.] // Journal of Sur-
gical Research. – 2015. – Vol. 193, №1. – P. 497-503.

6. Haltmeier T. Small bowel lesion due to spiral
tacks after laparoscopic intraperitoneal onlay mesh repair
for incisional hernia / T. Haltmeier, Y. Groebli // Int. J. of
Surgery Case Reports. – 2013. – Vol. 4. – P. 283-285.

7. RU 2498778, C1. – 2013.

(57) Изобретение относится к медицине, а
точнее к абдоминальной хирургии, и может быть ис-
пользовано для малоинвазивного лечения прямых
паховых грыж лиц старших возрастных групп.

Цель изобретения – уменьшить частоту после-
операционных осложнений (образование серома под
протезом).

Поставленная цель достигается способом
укрепления задней стенки пахового канала при
лапароскопических герниопластиках прямых па-
ховых грыж путем выполнения пластики попереч-
ной фасции, включающей проведение диссекции
тканей в преперитонеальном пространстве и выде-
ление всех элементов пахового промежутка, лик-
видирование пролапса, установление и фиксиро-
вание сетчатого эндопротеза, причем ликвидацию
пролапса осуществляют путем иссечения растяну-
той пролабирующей в паховый промежуток попе-
речной фасции с последующим ее восстановлени-
ем непрерывными швами.

Изобретение относится к медицине, а точнее к абдоминальной хирургии, и может быть использовано для малоинвазивного лечения прямых паховых грыж лиц старших возрастных групп.

Наружные грыжи живота встречаются у 3-4 % населения, а среди лиц пожилого и старческого возраста – у 15-17%, что, несомненно, приводит к снижению качества их жизни, утрате трудоспособности и инвалидизации [1,2]. Среди пациентов с наружными грыжами живота паховые грыжи составляют примерно 80%. Для их лечения используют различные способы операций, количество которых на сегодняшний день достигает более 1000, что говорит о неудовлетворенности хирургов результатами лечения этого заболевания [3,4].

Несмотря на совершенствование способов герниопластики, по-прежнему остается высоким процент рецидивов грыж, частота которых варьирует по данным литературы от 5 до 45% [1,3,5]. Внедрение новых методов хирургического лечения привело к значительному снижению частоты рецидивов паховой грыжи (до 1-5%) [2-5]. В клиниках, специально занимающихся диагностикой и лечением паховых грыж, частота рецидивов снижена до минимума и не превышает 1-1,5% [3,6].

Причины рецидивов болезни не всегда могут быть выяснены, но часто являются следствием стандартного применения какого-либо одного или нескольких способов пластики без учета особенностей топографии паховой области, типа грыжи, возраста больного, состояния тканей, а также возникновение того или иного характера послеоперационных осложнений, в виде гематомы, серомы или нагноения ран [2,6].

В связи с изложенным есть необходимость в модификации существующих способов пластики пахового канала, способствующие снижению послеоперационных осложнений, в т.ч. и рецидив заболевания.

Наиболее близким способом лапароскопического укрепления задней стенки пахового канала при прямых паховых грыжах [7], который осуществляется следующим образом: наложение карбоксиперитонеума, вскрытие париетальной брюшины выше грыжевого выпячивания на 3 см, диссекция тканей в преперитонеальном пространстве, выделение грыжевого мешка, выделение элементов семенного канатика. При этом обнаруживаемую растянутую пролабирующую в паховый промежуток поперечную фасцию в проекции медиальной паховой ямки, захватывают эндоскопическим зажимом дно растянутой поперечной фасции и вытягивают ее ротационными движениями в преперитонеальное пространство. На основании образовавшегося конуса вытянутой в преперитонеальное пространство поперечной фасции накладывают эндопетлю и затягивают, тем самым ликвидируют пролапс поперечной фасции и укрепляют заднюю стенку пахового канала.

Недостатком данного способа является то, что, наложенная эндопетля на фоне образовавшегося ко-

нуса пролабирующей задней стенки пахового канала, создает лишний клубок ткани, мешающее самому процессу эндопротезирования, и может быть причиной образования послеоперационных сером под протезом, что предполагает вероятность возникновения рецидива заболевания.

Цель изобретения – уменьшить частоту послеоперационных осложнений (образование серома под протезом).

Поставленная цель достигается способом укрепления задней стенки пахового канала при лапароскопических герниопластиках прямых паховых грыж путем выполнения пластики поперечной фасции включающей проведение диссекции тканей в преперитонеальном пространстве и выделение всех элементов пахового промежутка, ликвидации пролапса, установления и фиксации сетчатого эндопротеза, причем ликвидацию пролапса осуществляют путем иссечения растянутой пролабирующей в паховый промежуток поперечной фасции с последующим ее восстановлением непрерывными швами.

Заявленный способ укрепления задней стенки пахового канала при лапароскопических герниопластиках прямых паховых грыж представлен на рисунках, где:

На рис.1 – преперитонеальное пространство (задняя стенка пахового канала) после отслоения брюшины, где имеют место - внутренняя косая мышца живота, пролабирующая часть поперечной фасции, эпигастральные сосуды, семенной канатик и подвздошные сосуды;

На рис. 2 – иссеченная пролабирующая часть поперечной фасции с ее восстановлением непрерывными швами;

На рис.3 - наложение и фиксация эндопротеза позади восстановленной поперечной фасции.

Заявленный способ осуществляют следующим образом:

Больному накладывают карбоксиперитонеум, затем дифференцируют элементы пахового канала вскрывают париетальной брюшины выше грыжевого выпячивания на 3-4 см, производят диссекцию тканей в преперитонеальном пространстве от латерального внутреннего кольца до медиальной складки, выделяют грыжевой мешок с последующим выделением элементов семенного канатика. При этом, обнаруженную растянутую пролабирующую в паховый промежуток поперечную фасцию в проекции медиальной паховой ямки (рис.1), захватывают эндоскопическим зажимом за дно растянутой поперечной фасции и вытягивают ее ротационными движениями в преперитонеальное пространство (рис.2)., иссекают с последующим восстановлением поперечной фасции непрерывными швами, тем самым ликвидируют пролапс поперечной фасции. Затем в преперитонеальном пространстве, позади поперечной фасции, устанавливают и фиксируют сетчатый эндопротез с последующей его перитонезацией (рис. 3).

Больной С., 76 лет (№ ист. 378/94), госпитализирован в хирургическое отделение ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе с диагнозом: Прямая вправимая паховая грыжа справа.

5

ческого телосложения. Объективно: кожа и видимые слизистые оболочки розовые, тургор кожи снижен. Аускультативно: в легких ослабленное везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, пульс 68 уд. в минуту, АД 140/95 мм рт.ст. Язык влажный, чист. Живот мягкий, печень и селезенка не пальпируются. При вертикальном положении проекции правой паховой области отмечается опухолевидное образование размером 8,0х6,0х5,0 см. Пальпаторно образование мягко-эластичной консистенции, безболезненное. Перкуторно определяется тимпанический звук. Аускультативно выслушивается перистальтические движения. Образование в горизонтальном положении, свободно вправляется в брюшную полость. Наружное паховое кольцо пропускает 2,5 поперечного пальца. Симптом кашлевого толчка – положительное. Мошонка обычного размера, кожа над ним не изменена. Яички пальпируются, безболезненные. На УЗ-сканировании определяется прямая паховая

1236

Сопутствующая патология: Гипертоническая болезнь. При поступлении состояние пациента средней степени тяжести. Сознание ясное. Нормостени

6

грыжа, содержимым грыжевого мешка является петли тонкого кишечника. Также на УЗ-сканировании отмечается атрофия наружных и внутренних косых мышц живота. Со стороны лабораторных методов исследования имеются незначительные изменения системы гемостаза, сахар крови 7,2 мкг/л. На Р-графии грудной клетки имеется картина возрастных изменений (пневмосклероз). После соответствующей предоперационной подготовки, совместно с кардиологом, пульмонологом и реаниматологом, пациент взят на плановую герниопластику. Пролабирующий участок поперечной фасции иссечен с последующим восстановлением ее непрерывными швами. Операция закончена фиксацией сетчатого эндопротеза позади поперечной фасции. Послеоперационный период без осложнений. Выписан на третьи сутки. Через месяц контрольный осмотр – без особенностей.

Формула изобретения

Способ укрепления задней стенки пахового канала при лапароскопических герниопластиках прямых паховых грыж путем выполнения пластики поперечной фасции, включающей проведение диссекции тканей в преперитонеальном пространстве и выделение всех элементов пахового промежутка, ликвидирование пролапса,

установление и фиксирование сетчатого эндопротеза, *отличающийся тем, что* ликвидацию пролапса осуществляют путем иссечения растянутой пролабирующей в паховый промежуток поперечной фасции с последующим ее восстановлением непрерывными швами.

Способ укрепления задней стенки пахового канала при лапароскопических герниопластиках прямых паховых грыж.



Рис.1



Рис.2

Способ укрепления задней стенки пахового канала при лапароскопических герниопластиках прямых паховых грыж.

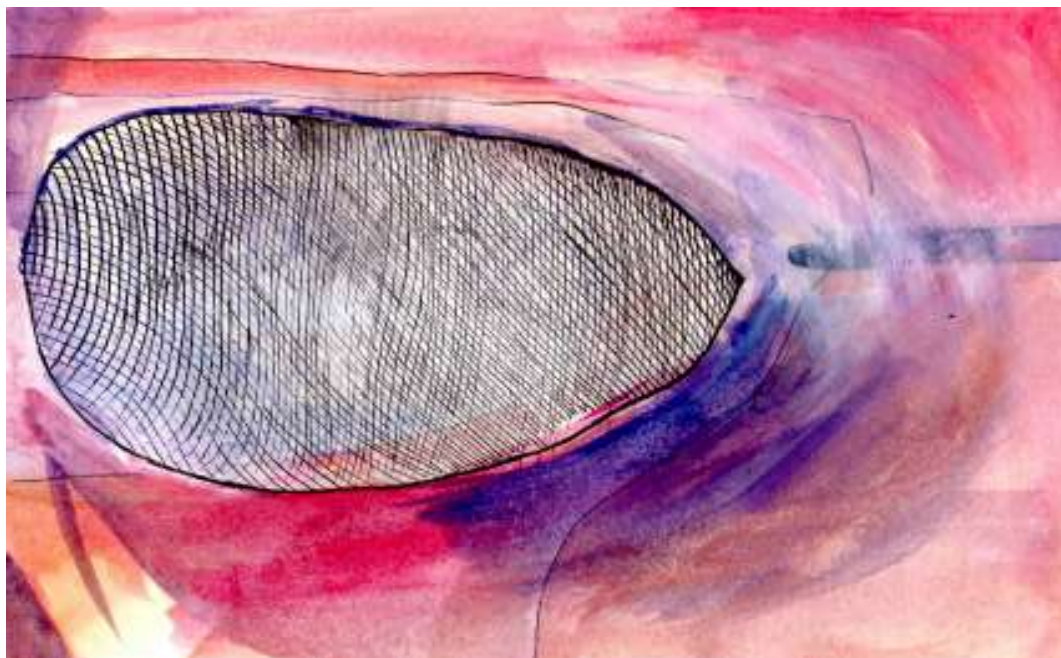


Рис.3

Компьютерный набор: Нигораи А.