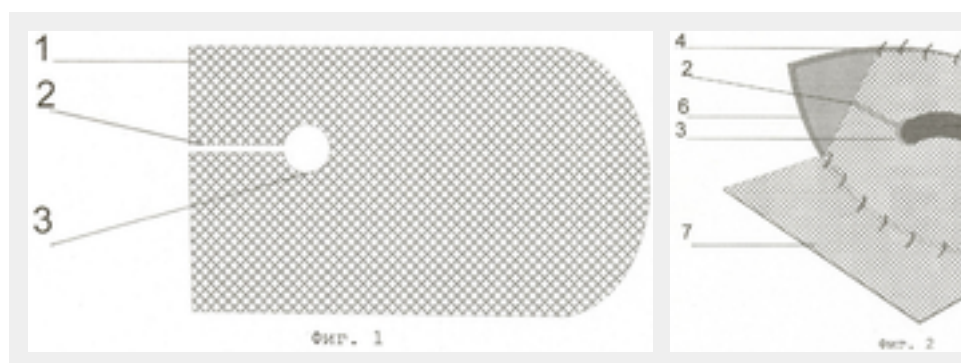


# Способ атензионной пластики при паховой грыже

## Abstract

Изобретение относится к области медицины, а именно к способам хирургического лечения, и может быть использовано в оперативном лечении пациентов с паховыми грыжами. Применяют сетчатый эндопротез, ширина которого равна двум размерам пахового промежутка. Разрез и отверстие для семенного канатика на сетчатом эндопротезе формируют, отступая от медиального края сетки на  $1/2$  размера пахового промежутка. К пупартовой связке сетчатый эндопротез фиксируют, отступая от его медиального края на величину, равную одному паховому промежутку. Семенной канатик укладывают на сетку, над ним сшивают края рассеченной косой мышцы живота с захватом в шов свободного края ее. Способ позволяет укрепить переднюю стенку пахового канала и пупартовую связку, что предупреждает рецидив грыжи, 5 ил.

## Images (5)

**RU2398527C1**

RU Grant

Find Prior Art

**Application number:**

RU2009120597A

**Other languages:** [English](#)

**Inventor:** [Алексей Владимирович Самсонов \(RU\)](#) , [Алексей Владимирович Самсонов](#) , [Владимир Вячеславович Паршиков \(RU\)](#) , [Владимир Вячеславович Паршиков](#) , [Антон Алексеевич Самсонов \(RU\)](#) , [Антон Алексеевич Самсонов](#) , [Роман Вилемович Романов \(RU\)](#) , [Роман Вилемович Романов](#) , [Всеволод Всеволодович Петров \(RU\)](#) , [Всеволод Всеволодович Петров](#) , [Владислав Артурович Ходак \(RU\)](#) , [Владислав Артурович Ходак](#) , [Александр Борисович Бабурин \(RU\)](#) , [Александр Борисович Бабурин](#)

**Original Assignee:**

[Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Нижегородская государственная медицинская академия Федерального Агентства по здравоохранению и социальному развитию" \(ГОУ ВПО НижГМА Росздрава\)](#)

**Priority date:** [2009-05-29](#)**Filing date:** [2009-05-29](#)

**Publication date:** 2010-09-10

**Grant date:** 2010-09-10

**Info:** [Non-patent citations \(2\)](#), [Cited by \(1\)](#), [Legal events](#), [Similar documents](#)

**External links:** [Espacenet](#), [Global Dossier](#), [Discuss](#)

## Claims (1)

1. Способ атензионной пластики при паховой грыже, включающий пластику задней стенки пахового канала с помощью сетчатого эндопротеза, имеющего разрез и отверстие для семенного канатика, путем подшивания медиального края сетчатого эндопротеза позади семенного канатика к наружному листку влагалища прямой мышцы живота, внутренней косой мышце живота, отличающийся тем, что применяют сетчатый эндопротез, ширина которого равна двум размерам пахового промежутка, разрез и отверстие для семенного канатика на сетчатом эндопротезе формируют, отступя от медиального края сетки на  $1/2$  размера пахового промежутка, к пупаровой связке сетчатый эндопротез фиксируют, отступя от его медиального края на величину, равную одному паховому промежутку, затем укладывают на сетку, над ним сшивают края рассеченной косой мышцы живота с захватом в шов свободного края сетки.

## Description

Изобретение относится к области медицины, а именно к способам хирургического лечения, и может быть использовано в оперативном лечении пациентов с паховыми грыжами.

Наиболее надежным и современным вариантом закрытия дефекта в передней брюшной стенке является атензионная пластика с имплантацией сетчатого эндопротеза по Лихтенштейну (Егиев В.Н., Чижов Д.В., Рудаков М.Н. Пластика по Лихтенштейну при паховых грыжах. Хирургия. 2000; 1:19-20).

До настоящего времени в хирургии паховых грыж (особенно в отечественной) применялись способы пластики как задней стенки пахового канала, так и передней (Жебровский В.В. Хирургия грыж живота. М. МИА, 2005: 6, 70-75, 353-358). Например, при выполнении пластики по Жирару-Спасокукоцкому производят фиксацию к пупартовой связке впереди семенного канатика апоневроза наружной косой мышцы живота и внутренней косой мышцы, таким образом, выполняют укрепление передней стенки пахового канала.

Недостатком способа по Жирару-Спасокукоцкому является то, что производится пластика передней стенки пахового канала, тогда имеет место несостоятельность задней стенки пахового канала или дефект в области внутреннего пахового кольца. Кроме того, при этом способе возникает натяжение сшиваемых тканей, что может приводить к формированию неполноценного рубца и в конечном итоге к рецидиву.

За прототип предлагаемого изобретения выбран известный способ атензионной пластики при паховой грыже, включающий пластику задней стенки пахового канала с помощью

полипропиленовой сетки, имеющей разрез и отверстие для семенного канатика, путем подшивания медиального края сетки позади семенного канатика к наружному листку влагалища прямой мышцы живота, внутренней косой мышце живота (Егиев В.Н., Чижов Д.В., Рудаков М.Н. Пластика по Лихтенштейну при паховых грыжах. Хирургия. 2000; 1:19-20).

Известный способ заключается в следующем.

При паховой грыже производят рассечение кожи и подкожной жировой клетчатки, затем апоневроза наружной косой мышцы живота, проводят выделение грыжевого мешка, его удаление или погружение в брюшную полость. Подготавливают сетчатый эндопротез. Для этого на прямоугольной полипропиленовой сетки посередине выполняют разрез и делают отверстие для семенного канатика. Далее выполняют пластику задней стенки пахового канала путем подшивания медиального края сетчатого эндопротеза позади семенного канатика к наружному листку влагалища прямой мышцы живота, внутренней косой мышце живота. Затем семенной канатик располагают впереди сетки, над ним ушивают ранее рассеченный апоневроз наружной косой мышцы живота.

Однако известный способ имеет недостатки.

Способ позволяет укрепить только лишь заднюю стенку пахового канала. В том случае, когда передняя стенка пахового канала представлена только лишь слабым, разволокненным апоневрозом наружной косой мышцы живота и сама пупартова связка дряблая, атрофичная и разволокненная, рецидив практически неизбежен. Кроме того, эндопротезы, изготовленные из полипропилена, сокращаются в размерах на 30% в течение года, что способствует рецидиву [Сморщивание полипропиленовых сеток после имплантации (экспериментальное исследование) Клише У., Конце И., Ануров М. Материалы конференции "Актуальные вопросы герниологии". - М., 2002: 21).

Задачей предлагаемого изобретения является - профилактика рецидивов паховой грыжи.

Поставленная задача решается тем, что в известном способе атензионной пластики при паховой грыже, включающем пластику задней стенки пахового канала с помощью сетчатого эндопротеза, имеющего прорезь и отверстие для семенного канатика, путем подшивания медиального края сетки позади семенного канатика к наружному листку влагалища прямой мышцы живота, внутренней косой мышце живота, применяют сетчатый эндопротез, ширина которого равна двум размерам пахового промежутка, разрез и отверстие для семенного канатика на сетчатом эндопротезе формируют, отступя от медиального края сетки на  $1/2$  размера пахового промежутка, к пупартовой связке сетчатый эндопротез фиксируют, отступя от его медиального края на величину, равную  $1$  размеру пахового промежутка, затем семенной канатик укладывают на сетку, над ним сшивают края рассеченного апоневроза наружной косой мышцы живота с захватом в шов свободного края сетки.

Предлагаемое изобретение отвечает критериям «новизна» и «изобретательским уровнем», так как проведенные патентно-информационные исследования не выявили источников патентной и научно-медицинской информации, которые бы порочили новизну предлагаемого изобретения, а также технических решений с существенными признаками предлагаемого способа.

Предлагаемое изобретение позволяет при использовании получить следующий положительный эффект.

1. За счет выполнения разреза и отверстия на сетчатом эндопротезе на расстоянии, равном  $1/2$  пахового промежутка от ее края и двойного укрытия в ходе пластики, обеспечивается

укрепление как задней стенки пахового канала, так и передней стенки с укреплением самой пупартовой связки.

2. Укрепление обеих стенок пахового канала производят сетчатым эндопротезом без натяжения тканей.

3. Способ улучшает качество жизни пациентов после перенесенного пахового грыжесечения.

Способ позволяет сократить количество послеоперационных осложнений и является профилактикой рецидивов паховой грыжи.

Для оценки эффективности предложенного способа нами были взяты следующие показатели.

1. Общее состояние больных.
2. Степень выраженности болевого синдрома.
3. Клинические анализы крови.
4. Количество и характер экссудата по дренажам раны.
5. Данные УЗИ брюшной полости и ран.
6. Внутрибрюшное давление.

Способ использован на базе МЛПУ «Городская больница №35» г.Нижнего Новгорода выполнена у 45 пациентов. Осложнений и летальности в этой группе не отмечено. Нами проведен сравнительный анализ результатов лечения двух групп больных. В основную группу (n=45) мы включили пациентов, оперированных с применением предлагаемого способа. Контрольную группу (n=559) составили пациенты, которым было выполнено грыжесечение по способу Лихтенштейна. Все пациенты получали комплексную терапию согласно стандартам оказания медицинской помощи. Динамика основных показателей послеоперационного периода была изучена нами с применением методов статистики и критерия Стьюдента. В двух группах пациентов не было достоверных отличий пола, возраста, показателей клинических анализов, размеров грыжевого дефекта. В то же время установлено, что у пациентов основной и контрольной групп течение послеоперационного периода имело ряд существенных отличий. В контрольной группе отмечены осложнения (n=27, 4,8%): гематома (2), инфильтрат (16), орхит (7), прочие (2). В основной группе - гематома (n=1, 2,2%), p=0,14. Рецидивов не было.

Предлагаемый способ поясняется чертежами.

На фиг.1 - полипропиленовая сетка, подготовленная для использования по предлагаемому способу.

На фиг.1 обозначено:

- 1 - сетка
- 2 - прорезь
- 3 - отверстие для семенного канатика.

На фиг.2 - этап выполнения пластики задней стенки пахового канала.

На фиг.2 обозначено:

4 - внутренняя косая мышца живота;

5 - семенной канатик

6 - пупартова связка

7 - свободный край сетки.

На фиг.3 - этап перемещения свободного края эндопротеза в медиальную зону.

На фиг.4 - этап протезирования передней стенки пахового канала

На фиг.5 - финальный этап операции в сагиттальной плоскости.

На фиг.5 обозначено

8 - кожа

9 - подкожная клетчатка

10 - апоневроз наружной косой мышцы живота

11 - точка фиксации сетки к внутренней косой мышце живота

12 - точка фиксации сетки к паховой связке

13 - шов, захватывающий свободный край сетки, оба края ранее рассеченного апоневроза наружной косой мышцы живота.

Предварительно подготавливают сетчатый эндопротез 1 (фиг.1) из полипропилена, ширина которого равна двум размерам пахового промежутка. Для этого на сетке делают прорезь 2 и отверстие 3 для семенного канатика. При этом прорезь и отверстие располагают на расстоянии от медиального края сетки, равном  $1/2$  пахового промежутка. Далее рассекают кожу и подкожно жировую клетчатку. Выделяют грыжевой мешок, погружают его в брюшную полость или удаляют его. Производят пластику задней стенки пахового канала с помощью выкроенной пропиленовой сетки. На Фиг.2 показан этап выполнения пластики задней стенки пахового канала. Медиальный край сетчатого эндопротеза подшивают к наружному листку влагалища прямой мышцы живота и внутренней косой мышце живота 4 позади семенного канатика 5. К пупартовой связке 6 сетчатый эндопротез фиксируют, отступя от его медиального края на величину, равную одному паховому промежутку. На Фиг.3 показан момент перемещения свободного края 7 эндопротеза 1 в медиальную сторону для протезирования передней стенки пахового канала. На Фиг.4 изображено протезирование передней стенки пахового канала сеткой путем сшивания краев ранее рассеченного апоневроза наружной косой мышцы живота 8 и свободного края сетки 7. На Фиг.5 в сагиттальной проекции изображен финальный этап, когда произведено протезирование передней и задней стенки пахового канала. При этом задняя стенка пахового канала представлена сеткой 1, подшитой в точке 11 к внутренней косой мышце живота, в точке 12 - к пупартовой связке, а передняя стенка пахового канала сформирована из свободного края сетки 7, сшитого в точке 13 с краями ранее рассеченного апоневроза наружной косой мышцы живота 8.

Способ осуществляют следующим образом.

Предварительно подготавливают сетчатый эндопротез из полипропилена, ширина которого равна двум размерам пахового промежутка. Для этого на сетке делают прорезь и отверстие

для семенного канатика. При этом прорезь и отверстие располагают на расстоянии от медиального края сетки, равном  $1/2$  пахового промежутка. Далее рассекают кожу и подкожно жировую клетчатку. Выделяют грыжевой мешок, погружают его в брюшную полость или удаляют его. Производят пластику задней стенки пахового канала с помощью выкроенной пропиленовой сетки. Медиальный край сетчатого эндопротеза подшивают к наружному листку влагалища прямой мышцы живота и внутренней косой мышце живота позади семенного канатика. К пупартовой связке сетчатый эндопротез фиксируют, отступя от его медиального края на величину, равную одному паховому промежутку. Перемещают свободный край эндопротеза в медиальную сторону для протезирования передней стенки пахового канала. Выполняют протезирование передней стенки пахового канала сеткой путем сшивания краев ранее рассеченного апоневроза наружной косой мышцы живота и свободного края сетки. Таким образом, произведено протезирование передней и задней стенки пахового канала. При этом задняя стенка пахового канала представлена сеткой, подшитой к внутренней косой мышце живота и к пупартовой связке, а передняя стенка пахового канала сформирована из свободного края сетки, сшитого с краями ранее рассеченного апоневроза наружной косой мышцы живота.

Примеры конкретного исполнения даны в виде выписок из историй болезни

Пример. Больной С., 50 л., история болезни №4339, поступил в МЛПУ "Городская больница №35" с паховой грыжей. Произведено грыжесечение с пластикой сеткой по предлагаемой авторами методике. Вначале произвели рассечение кожи и подкожной жировой клетчатки, затем апоневроза наружной косой мышцы живота, выполнили выделение грыжевого мешка, его удаление. Применили сетчатый эндопротез, ширина которого равна двум размерам пахового промежутка, при этом разрез и отверстие для семенного канатика на сетчатом эндопротезе сформировали, отступя от медиального края сетки на  $1/2$  размера пахового промежутка, к пупартовой связке сетчатый эндопротез подшили, отступя от медиального края на расстояние, равное 1 размеру пахового промежутка, затем семенной канатик уложили на сетку, над ним сшили края рассеченного апоневроза наружной косой мышцы живота с захватом в шов свободного края сетки. Послеоперационный период гладкий. Выписан на амбулаторное лечение на 6 день. Осмотрен через год. Признаков рецидива нет.

Пример. Больной С., 36 л., история болезни №5939, поступил в МЛПУ "Городская больница №35" с паховой грыжей. Произведено грыжесечение с пластикой сеткой по предлагаемой авторами методике. Вначале произвели рассечение кожи и подкожной жировой клетчатки, затем апоневроза наружной косой мышцы живота, выполнили выделение грыжевого мешка, его удаление. Применили сетчатый эндопротез, ширина которого равна двум размерам пахового промежутка, при этом разрез и отверстие для семенного канатика на сетчатом эндопротезе сформировали, отступя от медиального края сетки на  $1/2$  размера пахового промежутка, к пупартовой связке сетчатый эндопротез подшили, отступя от медиального края расстояние, равное 1 размеру пахового промежутка, затем семенной канатик уложили на сетку, над ним сшили края рассеченного апоневроза наружной косой мышцы живота с захватом в шов свободного края сетки. Послеоперационный период гладкий. Выписан на амбулаторное лечение на 5 день. Жалоб нет. Рецидив отсутствует.

Пример. Больной П., 67 л., история болезни №4705, поступил в МЛПУ "Городская больница №35" 19.09.2007 с паховой грыжей. Произведено грыжесечение с пластикой сеткой по предлагаемой авторами методике. Вначале произвели рассечение кожи и подкожной жировой клетчатки, затем апоневроза наружной косой мышцы живота, выполнили выделение грыжевого мешка, его удаление. Применили сетчатый эндопротез, ширина которого равна двум размерам

пахового промежутка, при этом разрез и отверстие для семенного канатика на сетчатом эндопротезе сформировали, отступя от медиального края сетки на 1/2 размера пахового промежутка, к пупартовой связке сетчатый эндопротез подшили, отступя от медиального края расстояние, равное 1 размеру пахового промежутка, затем семенной канатик уложили на сетку, над ним сшили края рассеченного апоневроза наружной косой мышцы живота с захватом в шов свободного края сетки. Послеоперационный период гладкий. Выписан на амбулаторное лечение на 7 день. Признаков рецидива нет.

#### Источники информации

1. Пластика по Лихтенштейну при паховых грыжах. Егиев В.Н., Чижов Д.В., Рудаков М.Н., Хирургия. 2000; 1:19-20.
2. Егиев В.Н., Лядов К.В., Воскресенский П.К. Атлас оперативной хирургии грыж. М.: Медпрактика. - М, 2003: 228.
3. Хирургия грыж живота. Жебровский В.В., М. МИА, 2005: 6, 70-75, 353-358.
4. Сморщивание полипропиленовых сеток после имплантации (экспериментальное исследование) Клише У., Конце И., Ануров М. Материалы конференции "Актуальные вопросы герниологии". - М., 2002: 21.
5. Паховые грыжи. Реконструкция задней стенки пахового канала. Нестеренко Ю.А., Газиев Р.М. М., Бином 2005: 87, 106-110, 130-131.
6. Грыжи брюшной стенки. 2-е изд., перераб. и доп./ Тоскин К.Д., Жебровский В.В. - М.: Медицина, 1990. - 272 с.
7. The tension-free hemioplactic. Am J Surg Lichtenstein I.L. Schulman A.C, Amid P.K. 1989- 157: 188.

#### Non-Patent Citations (2) ▲

Title
ЕГИЕВ В.Н. и др. Пластика по Лихтенштейну при паховых грыжах. - Хирургия, 2000, 1, 19-20. *
Ненатяжная герниопластика /Под ред. В.Н.Егиева. - М.: Металлургия, 2002, 37-40, 83-87. KORENKOV M. et. al. Classification and surgical treatment of incisional hernia, Langenbecks. Arch/ Surg. 2001, 386(1), 65-73. *

\* Cited by examiner, † Cited by third party

#### Cited By (1)

Search Within Citing Patents ▲

Publication number	Priority date	Publication date	Assignee	Title
<a href="#">RU2628622C2</a> *	2012-04-10	2017-08-21	Этикон, Инк.	Одноплоскостный имплантат для восстановления ткани

\* Cited by examiner, † Cited by third party

## Similar Documents

Publication	Publication Date	Title
<a href="#">Maffulli et al.</a>	2008	Management of chronic ruptures of the Achilles tendon
<a href="#">Hansson et al.</a>	2009	Laparoscopic parastomal hernia repair using a keyhole technique results in a high recurrence rate
<a href="#">US7105001B2</a>	2006-09-12	Surgical method and composition utilizing submucosal tissue to prevent incisional hernias
<a href="#">Maffulli et al.</a>	2008	Ipsilateral free semitendinosus tendon graft transfer for reconstruction of chronic tears of the Achilles tendon
<a href="#">Gurdin et al.</a>	1967	Complications of breast implantations.
<a href="#">Maylard</a>	1907	Direction of abdominal incisions
<a href="#">Ansaloni et al.</a>	2003	Prospective randomized, double-blind, controlled trial comparing Lichtenstein's repair of inguinal hernia with polypropylene mesh versus Surgisis gold soft tissue graft: preliminary results
<a href="#">McClelland et al.</a>	2004	Neglected rupture of the Achilles tendon: reconstruction with peroneus brevis tendon transfer
<a href="#">Maguiña et al.</a>	2003	Split thickness skin grafting for recreation of the scrotum following Fournier's gangrene
<a href="#">Peacock Jr</a>	1984	Internal reconstruction of the pelvic floor for recurrent groin hernia.
<a href="#">Carmont et al.</a>	2007	Less invasive Achilles tendon reconstruction
<a href="#">US20090312843A1</a>	2009-12-17	Tissue Reconstruction Devices and Methods
<a href="#">Bittner et al.</a>	2014	Guidelines for laparoscopic treatment of ventral and incisional abdominal wall hernias (International Endohernia Society [IEHS]) –Part III
<a href="#">CN101185774A</a>	2008-05-28	一种医用生物相容性支架材料的制备及其应用
<a href="#">Han et al.</a>	2007	Operative treatment of ventral hernia using prosthetic materials
<a href="#">Baillie et al.</a>	2007	Use of human and porcine dermal-derived bioprotheses in complex abdominal wall reconstructions: a literature review and case report
<a href="#">RU2308242C2</a>	2007-10-20	Способ хирургического лечения тазового пролапса и ректоцеле
<a href="#">RU2277864C2</a>	2006-06-20	Способ оперативного лечения нагноившегося эпителиального копчикового хода
<a href="#">RU2261665C1</a>	2005-10-10	Способ ушивания лапаротомной раны



<a href="#">Valenti et al.</a>	1999	Dynamic self-regulating prosthesis (Protesi Autoregolantesi Dinamica-PAD): A new technique in the treatment of inguinal hernias
<a href="#">Dorairajan</a>	2004	Inguinal hernia-yesterday, today and tomorrow
<a href="#">RU2380066C1</a>	2010-01-27	Способ устранения сквозного краевого дефекта верхнего века
<a href="#">RU2289323C2</a>	2006-12-20	Способ ненатяжной герниопластики при паховых грыжах
<a href="#">RU2432912C1</a>	2011-11-10	Способ эндоскопической пластики при паховых грыжах
<a href="#">Calne</a>	1974	Repair of bilateral hernia with Mersilene mesh behind rectus abdominus

## Legal Events

Date	Code	Title	Description
2012-03-20	MM4A	The patent is invalid due to non-payment of fees	<b>Effective date:</b> 20110530

Data provided by IFI CLAIMS Patent Services

[About](#) [Send Feedback](#) [Terms](#) [Privacy Policy](#)