

## **О НОВОМ СПОСОБЕ ПАХОВОЙ АУТОГЕРНИОПЛАСТИКИ**

*Аннотация.* В анатомо-хирургическом эксперименте авторами разработан и внедрен в клиническую практику новый способ паховой герниопластики. Проанализированы результаты лечения 92 пациентов со сроком наблюдения до 28 месяцев. Рецидивов грыжи не выявлено.

*Ключевые слова:* паховая грыжа, герниопластика.

*Abstract.* In the course of anatomical and surgical experiment the authors have developed and introduced into clinical practice a new method of inguinal hernioplasty. The article analyzes the results of treatment of 92 patients with an observation period of 28 months. Hernia recurrence has not been detected.

*Key words:* inguinal hernia, hernioplasty.

Широкое внедрение в хирургическую практику протезирующих способов герниопластики привело к тому, что на некоторое время аутопластика была практически оставлена, как не обеспечивающая адекватное восстановление брюшной стенки. В той или иной степени этому способствовали и рекомендации ведущих герниологов страны. Появление работ индийского хирурга М. Desarda вызвало определенный диссонанс в умах хирургов-герниологов, поскольку автор впервые противопоставил аутопластический способ герниопластики протезирующим технологиям [1]. Справедливости ради следует отметить, что описанный М. Desarda способ в чем-то схож со способом Д. В. Усова, предложенным в 1961 г. [2]. Впервые познакомившись с работами М. Desarda, мы не испытали особого оптимизма в плане широкого использования данного способа в хирургической практике. Однако, изучив работы В. В. Власова и С. Р. Микитюка [3], мы всерьез заинтересовались данным способом герниопластики, что явилось побуждающим фактором выполнения исследования.

Целью настоящей работы было определение возможности применения аутопластики с транспозицией фрагмента апоневроза наружной косой мышцы живота для укрепления задней стенки пахового канала у больных паховыми грыжами.

Опыта клинического применения герниопластики по способу М. Desarda не имелось, поэтому было принято решение отработать в анатомо-хирургическом эксперименте технологию укрепления задней стенки пахового канала перемещенным фрагментом апоневроза наружной косой мышцы живота. На анатомическом препарате изучена возможность транспозиции фрагмента апоневроза наружной косой мышцы живота для укрепления задней стенки пахового канала.

Исследование было проведено билатерально на 10 нефиксированных трупах лиц мужского пола средней и старшей возрастных групп спустя 10–14 ч с момента смерти. Нами было установлено, что при сохраненной структуре апоневроза наружной косой мышцы живота перемещение мобилизованного фрагмента до 1,5–2 см шириной не вызывает каких-либо затруднений при высоте пахового промежутка до 3 см ( $n = 12$ ). При паховом промежутке более 3 см ( $n = 8$ ) в пяти случаях мы наблюдали разволокнение апо-

невротического лоскута, что в условиях клинического применения может привести к рецидиву грыжи и, по нашему мнению, требует дополнительных приемов, способствующих уменьшению высоты пахового промежутка.

Ранее в клинике нами отмечено, что при осмотре зоны пахового промежутка при лапароскопии четко визуализируются структуры, определяющие своеобразный «замыкательный» механизм в данной зоне. Так, при напряжении мышц брюшного пресса происходит сближение апоневротической арки поперечной мышцы живота и подвздошно-лонного тракта, что, по нашему мнению, является физиологическим укреплением задней стенки пахового канала, препятствующим образованию грыжи за счет частичного перекрытия слабого места брюшной стенки мышечно-апоневротическим массивом. На наш взгляд, данное наблюдение лишний раз подтверждает патофизиологическую обоснованность укрепления во время операции по поводу паховой грыжи именно задней стенки пахового канала.

При объединении полученных данных клинических наблюдений и проведенного анатомио-хирургического эксперимента нами был разработан новый способ паховой аутогерниопластики, в основе которого лежит транспозиция фрагмента апоневроза наружной косой мышцы живота для укрепления задней стенки пахового канала, равно как и при способе В. Д. Усова и М. Desarda. На разработанный способ герниопластики нами получен патент РФ № 2445928. Особенности данного способа заключаются в следующем. После завершения манипуляций с грыжевым мешком верифицируем и выделяем две наиболее важные структуры задней стенки пахового канала – апоневротическую дугу поперечной мышцы живота и подвздошно-лонный тракт, и производим сшивание этих структур непрерывным швом, начиная от их медиального края и до внутреннего отверстия пахового канала (рис. 1).

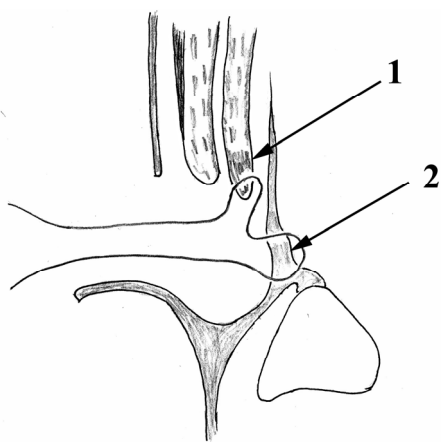


Рис. 1. Схема укрепления задней стенки пахового канала за счет апоневротической арки и подвздошно-лонного тракта:

1 – апоневротическая арка поперечной мышцы; 2 – подвздошно-лонный тракт

Данный прием обеспечивает низведение поперечной и внутренней косой мышцы живота ближе к паховой связке. Далее фиксируем верхний край рассеченного апоневроза наружной косой мышцы живота позади семенного канатика к паховой связке, формируя внутреннее отверстие пахового канала (рис. 2).

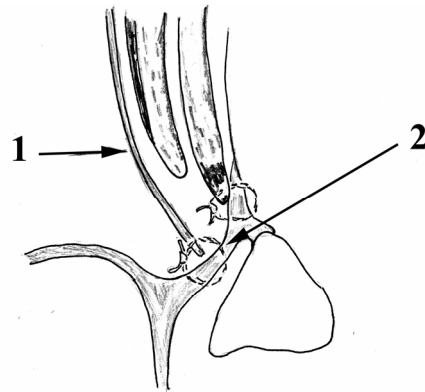


Рис. 2. Схема фиксации апоневроза наружной косой мышцы живота к паховой связке: 1 – апоневроз наружной косой мышцы живота (зона предстоящего рассечения); 2 – шов апоневроза и паховой связки

После этого производим рассечение апоневроза наружной косой мышцы живота, отступив около 2 см вверх от линии предыдущего шва на всю длину пахового канала, формируя при этом апоневротический лоскут (фрагмент), который будет использован для укрепления задней стенки пахового канала. Указанный разрез проходит через дефект в апоневрозе, соответствующий месту выхода подвздошно-пахового нерва. При этом, в отличие от методики М. Desarda, после рассечения апоневроза обнажается не мышечная, а апоневротическая часть внутренней косой мышцы живота, к которой производим фиксацию верхнего края образовавшегося апоневротического лоскута отдельными узловыми швами (рис. 3).

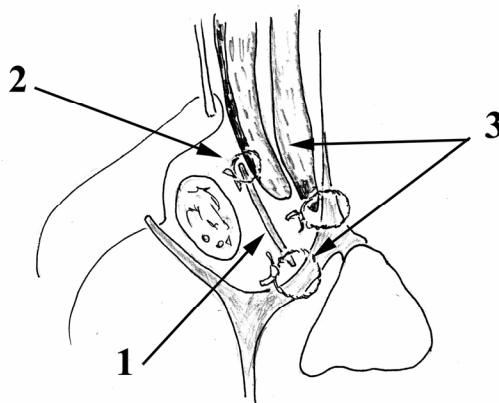


Рис. 3. Схема укрепления задней стенки пахового канала:  
1 – апоневротический лоскут, сформированный из апоневроза наружной косой мышцы живота; 2 – шов лоскута к апоневротической части внутренней косой мышцы живота; 3 – новая задняя стенка пахового канала

Над канатиком сшиваем оставшиеся свободными края апоневроза наружной косой мышцы живота (рис. 4). Таким образом, для укрепления задней стенки пахового канала используется фрагмент (лоскут, полоска) апоневроза наружной косой мышцы живота, сохранивший связь с основным апоневрозом по внутреннему и наружному краям.

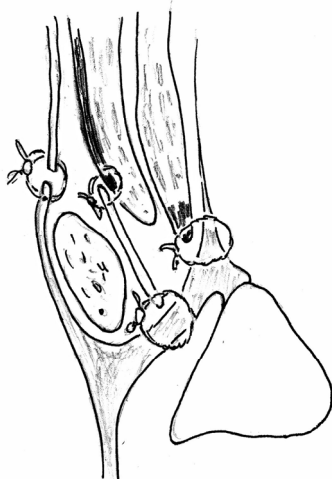


Рис. 4. Окончательная схема пластики

### Результаты

Первая операция в клинике была выполнена в декабре 2009 г. мужчине 56 лет с прямой паховой грыжей (ША по классификации L. M. Nyhus). На сегодня отслежены результаты 92 пластик по разработанному способу у мужчин в возрасте от 18 до 75 лет. У 69 пластика произведена в плановом порядке, у 23 – при ущемленной паховой грыже. Срок наблюдения – до 28 месяцев. Болевой синдром после операции не выражен и не требует назначения наркотических анальгетиков в абсолютном большинстве случаев. Активизация больных – в течение 12 ч после операции. В двух случаях (2,2 %) отмечено образование гематомы в подкожной клетчатке в первые сутки после операции. Осложнений инфекционно-воспалительного характера не отмечено. Все оперированные пациенты вернулись к привычной деятельности. Рецидивов на сегодняшний день не выявлено. Продолжено наблюдение в плане выявления возможных осложнений в более поздние сроки (рецидив), а также изучение качества жизни оперированных пациентов в сравнительном аспекте.

### Заключение

Популяризация протезирующих способов паховой герниопластики привела к постепенному, практически повсеместному вытеснению классических аутопластических способов герниопластики. На этом фоне наше исследование, с одной стороны, выглядит архаичным, выделяясь из пласта современных исследований, выставляющих аутопластику как фактически порочный метод. И все же, накапливая определенный как позитивный, так и негативный опыт протезирующих операций, хирурги стали более осмысленно подходить к определению показаний к тому или иному способу пластики. В этой связи мы склонны отнести себя к сторонникам индивидуализированного подхода, при котором протезирующие и аутопластические способы герниопластики имеют равные права на существование, а выбор той или иной технологии должен иметь разумное обоснование.

Способ M. Desarda, по нашим данным, позволяет произвести укрепление задней стенки пахового канала у больных с сохраненным апоневрозом

наружной косой мышцы живота и высотой пахового промежутка до 3 см. При высоте пахового промежутка более 3 см считаем возможным применение приемов опосредованной пластики в сочетании с транспозицией апоневроза наружной косой мышцы живота, которая позволяет расширить показания к аутогерниопластике у больных большими и рецидивными паховыми грыжами. Анализ результатов пластики по разработанному нами способу позволяет рекомендовать его как альтернативу ненатяжным методикам паховой герниопластики, особенно в ситуациях, когда эндопротезирование не показано или невозможно по тем или иным причинам.

#### **Список литературы**

1. **Desarda, M. P.** Physiological repair of inguinal hernia: a new technique (study of 860 patients) / M. P. Desarda // *Hernia*. – 2006. – V. 10. – P. 143–146.
2. **Иоффе, И. Л.** Оперативное лечение паховых грыж / И. Л. Иоффе. – М. : Медицина, 1968. – 180 с.
3. **Власов, В. В.** Герниопластика паховых грыж методом М. Р. Desarda / В. В. Власов, А. И. Суходоля, А. А. Грешило, С. Р. Микитюк // *Герниология*. – 2007. – № 1. – С. 44–47.

---

#### ***Середин Сергей Александрович***

ассистент, кафедра хирургии,  
Пензенский институт  
усовершенствования врачей

E-mail: seredina74@yandex.ru

#### ***Seredin Sergey Aleksandrovich***

Assistant, sub-department of surgery  
Penza Institute of Advanced  
Medical Studies

#### ***Баулин Афанасий Васильевич***

кандидат медицинских наук, доцент,  
кафедра хирургии, Медицинский  
институт, Пензенский государственный  
университет

E-mail: bigbaul@gmail.com

#### ***Baulin Afanasiy Vasilyevich***

Candidate of medical sciences, associate  
professor, sub-department of surgery,  
Medical Institute, Penza State University

#### ***Ивачев Александр Семенович***

доктор медицинских наук, профессор,  
заведующий кафедрой хирургии  
и эндоскопии, Пензенский институт  
усовершенствования врачей

E-mail: kniper2007@yandex.ru

#### ***Ivachyov Alexander Semyonovich***

Doctor of medical sciences, professor,  
head of sub-department of surgery, Penza  
Institute of Advanced Medical Studies

#### ***Ивачева Наталья Андреевна***

доктор медицинских наук, профессор,  
кафедра хирургии и эндоскопии,  
Пензенский институт  
усовершенствования врачей

E-mail: kniper2007@yandex.ru

#### ***Ivachyova Natalya Andreevna***

Doctor of medical sciences, professor,  
sub-department of surgery and endoscopy,  
Penza Institute of Advanced  
Medical Studies

УДК 617-089.844

**Середин, С. А.**

**О новом способе паховой аутогерниопластики / С. А. Середин, А. В. Баулин, А. С. Ивачев, Н. А. Ивачева // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2012. – № 1 (21). – С. 112–117.**