

// Nephrol. Dial. Transplant. — 2008. — Vol. 23. — P. 444-449.  
 I.I. Routledge H.C., Chowdhary S., Townend J.N. Heart rate

variability—a therapeutic target? // J. Clin. Pharm. Ther. — 2002. — Vol. 27. — P. 85-92.

**Информация об авторах:** 664079, г. Иркутск, м/р Юбилейный, 100, ИГИУВ,  
 тел/факс (3952) 38-89-05, 638-529, e-mail: protassov\_k@rambler.ru  
 Дзизинский Александр Александрович — член-корреспондент РАМН, профессор,  
 заведующий кафедрой, почетный ректор ИГИУВа,  
 Протасов Константин Викторович — д.м.н., профессор

© ШАЛАШОВ С.В., КУЛИКОВ Л.К., ЕГОРОВ И.А. МИХАЙЛОВ А.Л., БУСЛАЕВ О.А. ПРИВАЛОВ Ю.А., СМЕРНОВ А.А. — 2010

## ОБРАБОТКА ГРЫЖЕВОГО МЕШКА ПРИ КОСЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

С.В. Шалашов<sup>1</sup>, Л.К. Куликов<sup>2</sup>, И.А. Егоров<sup>1</sup>, А.Л. Михайлов<sup>1</sup>, О.А. Буслаев<sup>1</sup>, <sup>2</sup>Ю.А. Привалов, <sup>2</sup>А.А. Смирнов  
 (<sup>1</sup>НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Иркутск-пассажирский ОАО «РЖД»,  
 гл. врач — к.м.н. Е.А. Семенищева, <sup>2</sup>Иркутский государственный институт усовершенствования врачей,  
 ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах)

**Резюме.** Предложен вариант обработки грыжевого мешка при косых паховых грыжах. Он может оказаться особенно предпочтительным в случаях выраженного рубцового процесса и прочной фиксации грыжевого мешка в тканях семенного канатика. Отличием является то, что мешок не иссекают. В работе подробно изложена техника операции. По предложенной методике выполнена 31 операция. Во всех случаях послеоперационных осложнений не отмечено. Сроки наблюдения за пациентами составили до 2,5 лет.

**Ключевые слова:** паховая грыжа, грыжевой мешок, способ.

## HERNIAL SAC PROCESSING AT INDIRECT INGUINAL HERNIA.

S. V. Shalashov<sup>1</sup>, L. K. Kulikov<sup>2</sup>, I. A. Egorov<sup>1</sup>, A. L. Mikhailov<sup>1</sup>, O. A. Buslaev<sup>1</sup>, <sup>2</sup>U. A. Privalov, <sup>2</sup>A. A. Smirnov<sup>2</sup>  
 (<sup>1</sup>Railways hospital at station Irkutsk-Passenger, <sup>2</sup>Irkutsk Postgraduate Institute for Doctors)

**Summary.** The method of processing of the hernial sac at indirect inguinal hernia is offered. It can be used at the expressed cicatricial process and strong fixing of a hernial sac in tissues of spermatic cord. At this method a hernial sac do not delete. In this article the technics of operation is in detail stated. By the offered technique 31 operations are executed. In all cases of postoperating complications it is noted. Remote results were investigated within the period of 2,5 years.

**Key words:** hernia inguinale, hernial sac, method.

Обработке грыжевого мешка в отечественной медицинской литературе до недавнего времени уделялось достаточно мало внимания. Очевидной считалась техника его высокого выделения и иссечения после прошивания и перевязки в области шейки. Мотивировкой таких требований были взгляды некоторых крупных хирургов, считающих, что при отказе от удаления грыжевого мешка неизбежны рецидивы грыж [1,2,4]. Особенности указывались только при скользящих и больших пахово-мошоночных грыжах. При скользящих грыжах предлагалось накладывать изнутри на стенку мешка кисетный шов без захвата заинтересованного органа и иссекать только свободную часть брюшины. При больших пахово-мошоночных грыжах некоторые авторы сходились в том, что грыжевой мешок можно без выделения оставить на месте после продольного рассечения для профилактики гидроцеле. Следует заметить, что оставление серозной ткани в паховом канале при выполнении пластики с использованием синтетической сетки вряд ли целесообразно. Чаще это приводит к формированию массивного инфильтрата. Мы имеем такой опыт.

Несмотря на принятые подходы, целесообразность полного удаления грыжевого мешка, тем не менее, оспаривалась рядом авторов [1,5].

Говоря о популярной в настоящее время методике операции I.L. Lichtenstein, необходимо отметить, что автор полностью отказался от высокой перевязки и иссечения грыжевого мешка во всех случаях косых паховых грыж у взрослых. Выделенный грыжевой мешок вправляется в брюшную полость. При пахово-мошоночных грыжах I.L. Lichtenstein предлагает пересекать грыжевой мешок примерно посередине пахового канала, при этом дистальная его часть остается на месте после продольного рассечения [7].

Следует отметить, что если в отношении прямых паховых грыж позиция отказа от иссечения грыжево-

го мешка признается сейчас большинством авторов, то этого нельзя сказать применительно к косым паховым грыжам.

Цель — разработать технику обработки грыжевого мешка при косых паховых грыжах.

## Материалы и методы

При косых паховых грыжах, когда грыжевой мешок в прочных сращениях, мы используем оригинальную технику его обработки (патент РФ №2314048, Шалашов С.В. и др.). Методика направлена на уменьшение травматичности вмешательства и сокращение времени операции при грыжесечении. При этом стенку грыжевого мешка рассекают от верхушки до шейки без выделения. Содержимое мешка при его наличии вправляют в брюшную полость. Затем ликвидируют полость грыжевого мешка следующим образом (рис.1).

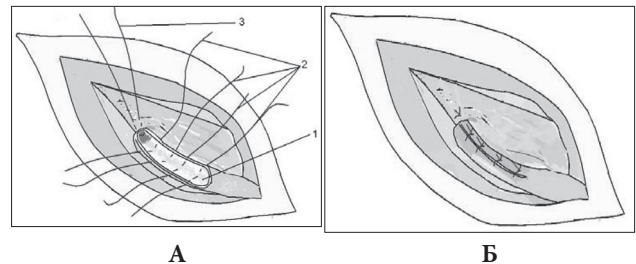


Рис. 1. Способ обработки грыжевого мешка при косых паховых грыжах в случае его трудного выделения.

А — наложены поперечные гофрирующие швы через оболочки семенного канатика и стенку грыжевого мешка;

1 — стенка грыжевого мешка;

2 — гофрирующие швы;

3 — проксимальный гофрирующий шов;

Б — гофрирующие швы завязаны.

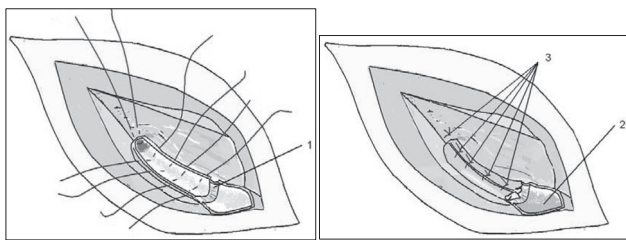


Рис. 2. Способ обработки грыжевого мешка при пахово-мошоночных грыжах.

А — наложены поперечные гофрирующие швы через оболочки семенного канатика и стенку проксимальной части грыжевого мешка;

1 — уровень пересечения грыжевого мешка;

Б — гофрирующие швы завязаны.

2 — оставленная дистальная часть грыжевого мешка;

3 — завязанные гофрирующие швы на проксимальной части грыжевого мешка.

Накладывают одиночные узловые гофрирующие поперечные швы из тонкого рассасывающегося материала (викрил, монокрil и др.) с прошиванием краев рассеченных оболочек семенного канатика и стенки мешка от края до края. Расстояние между швами составляет 1-1,5 см. Самый проксимальный шов накладывают в области шейки мешка, которую им же фиксируют аналогично приему Barker. Не требуется тугого затягивания нитей. Для удобства под заднюю стенку мешка по всей его длине вводят раствор новокаина. Это так же предупредит возможность захвата в шов семявыносящего протока. Бывает удобной фиксация зажимом дна грыжевого мешка и подтягивание его в дистальном направлении. Предложенная техника имитирует естественный процесс облитерации влагалищного отростка брюшины.

При пахово-мошоночных грыжах грыжевой мешок после продольного рассечения пересекают несколько выше наружного пахового кольца. Проксимальную часть мешка обрабатывают по указанной выше методике, дистальную же часть оставляют на месте (рис.2).

Изложенные варианты обработки грыжевого мешка особенно предпочтительны в случаях молодого возраста пациентов. При затруднениях, возникающих уже в процессе выделения грыжевого мешка, можно иссечь уже выделенную его часть, а оставшуюся гофрировать по предложенной нами методике. При обнаружении в семенном канатике предбрюшинной липомы она удаляется.

В хирургическом отделении НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Иркутск-пассажирский» ОАО «РЖД» с 2005 года по настоящее время у 406-ти больных выполнено 464 паховых герниопластики из переднего доступа. Мужчин было 383, женщин — 23. Аутопластика выполнена в 18-ти случаях. По способу I.L.Lichtenstein или в его модификации (J-пластика) выполнено 446 операций. Использовали стандартные сетки фирмы «Линтекс». Возраст больных составил от 19 до 85 лет, сроки заболевания от 2-х недель до 20-ти лет. Косые паховые грыжи (типы II, III, IV по L.M. Nyhus) наблюдались в 291-ом (62,7%) случае. При прямой паховой грыже в варианте пластики «без натяжения» грыжевой мешок после выделения без вскрытия погружали в брюшную полость, ушивая над ним непрерывным швом поперечную фасцию. При косой грыже обработку мешка чаще производили традиционно с иссечением (73,3%), реже мешок вворачивали в брюшную полость (16,1%). В 58-ми (19,9 %) случаях при косых паховых грыжах грыжевой мешок был достаточно проч-

но фиксирован рубцами в тканях семенного канатика. Чаще это были длительно существующие, рецидивные и большие косые паховые грыжи. Все больные — мужчины. 10 операций в последней группе выполняли с обработкой грыжевого мешка по разработанной нами методике в варианте пластики I.L. Lichtenstein. В 21-м случае гофрирование грыжевого мешка сочетали с герниопластикой по способу J-пластики, разработанному в нашей клинике [3,6]. Эти больные составили основную группу (ОГ). Среди них у 10-ти больных грыжа носила пахово-мошоночный характер и мошоночная часть грыжевого мешка после продольного рассечения была оставлена на месте. В 3-х случаях отмечены рецидивные грыжи. У 20-ти больных с J-пластикой, а у 7-ми больных при операции I.L. Lichtenstein было произведено традиционное иссечение грыжевого мешка. Они составили группу контрольного сравнения (ГКС). В данной группе в девяти случаях грыжа носила пахово-мошоночный и в 2-х случаях рецидивный характер.

Статистическую обработку полученных результатов получали при помощи прикладных программ STATISTICA. По типу грыжи и характеру выполненной герниопластики ОГ и ГКС можно считать статистически однородными ( $p > 0,05$ ).

### Результаты и обсуждение

В одном случае (3,2%) при неправомерной пахово-мошоночной грыже (тип IIIВ), когда использовали разработанный нами способ обработки грыжевого мешка (ОГ), отмечен инфильтрат в области послеоперационных швов. Осложнение купировано консервативными средствами. Других ранних послеоперационных осложнений или формирования гидроцеле в отдаленном периоде при сроках наблюдения до 2,5 лет не отмечено. Рецидивов грыжи также не было. Во всех случаях для диагностики использовано УЗИ-исследование. В группе контрольного сравнения с техникой традиционного иссечения грыжевого мешка отмечено 5 (18,5%) ранних послеоперационных осложнений. В одном случае имел место отек мошонки, в двух случаях ее гематома. Серому в зоне операции наблюдали в одном случае, отек яичка на стороне операции также выявлен у одного больного. Все осложнения купированы консервативными способами, в трех случаях с использованием пункций. Рецидивов не отмечено. По числу ранних послеоперационных осложнений различия в ОГ и ГКС имеют статистически достоверный характер ( $p < 0,05$ ).

Средняя длительность обработки грыжевого мешка в группе контрольного сравнения составила  $18 \pm 1,5$  мин, в основной группе —  $10 \pm 1,0$  мин. Различия также статистически значимы ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, представленная техника обработки грыжевого мешка, направленная на снижение травматичности и уменьшение времени вмешательства, может быть использована в широкой практике. Разработанный способ обработки грыжевого мешка при косых паховых грыжах оправдан во всех случаях плотного сращения мешка с тканями семенного канатика. Способ снижает травматичность оперативного вмешательства и позволяет уменьшить количество ранних послеоперационных осложнений при косых паховых грыжах. Методика особенно оправдана у пациентов молодого возраста, уменьшая травму семенного канатика. Способ прост в исполнении и не требует большого времени на его освоение.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Барышников А.И. Критические замечания по поводу простых способов паховых грыжесечений // Вестн. хир. — 1961. — №5. — С. 74-78.
2. Булыгин И.И. Наружные грыжи живота. — Ставрополь, 1968. — 232 с.
3. Воскресенский Н.В. Аномалии и болезни грыжевого мешка паховой грыжи // Нов. хир. арх. — 1926. — № 37-38. — С. 221-225.

4. Горелик М.М. К хирургической анатомии пахового канала // Клин. хир. — 1963. — №8. — С. 76-81.
5. Канишин Н.Н. Многослойная паховая герниопластика // Вест. хир. — 1973. — №5. — С. 101-106.
6. Шалашов С.В. и др. Оригинальный способ герниопластики при паховых грыжах // Герниология. — 2007. — №1 (13). — С. 41-43.

7. Шалашов С.В. и др. Выбор способа пластики при паховых грыжах // Сиб. мед. журнал. — Иркутск, 2008. — №6. — С.96-98.

8. Чижов Д.В. и др. Пластика пахового канала по Лихтенштейну и ее модификации // Герниология. — 2004. — №1. — С.43-51.

**Информация об авторах:** 664013, Иркутск, а/я 81, тел. (3952) 633-381, e-mail: Sha62@bk.ru

Шалашов Сергей Владимирович — врач — хирург, к.м.н.,

Куликов Леонид Константинович — заведующий кафедрой, профессор, д.м.н.,

Егоров Иван Александрович — врач-хирург,

Михайлов Александр Леонидович — врач-хирург,

Буслаев Олег Александрович — заведующий отделением,

Привалов Юрий Анатольевич — доцент, к.м.н.,

Смирнов Алексей Анатольевич — ассистент, к.м.н.

© ВАСИЛЬЕВ Ю.В., ШИШКИН Д.Л. — 2010

## НОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Ю.В. Васильев<sup>1</sup>, Д.Л. Шишкин<sup>2</sup>

(<sup>1</sup>Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах;

<sup>2</sup>Областная больница Главного управления Федеральной службы исполнения наказаний по Иркутской области, начальник — подполковник внутренней службы С.М. Бородулин)

**Резюме.** Оценка механизмов восстановления микроциркуляции в органах мочеполовой системы и ликвидации конгестии (внутрибрюшного венозного застоя) в мочеполовом венозном сплетении при патогенетическом лечении урологических заболеваний, мониторинг эффективности медикаментозной терапии при патологии нижних мочевых путей имеют чрезвычайно важное значение для клинической урологии. Нами разработана и внедрена новая медицинская технология — переменное зональное баровоздействие воздухом — современный метод лечения и реабилитации хронических воспалительных заболеваний органов мочеполовой системы.

**Ключевые слова:** мочеполовое венозное сплетение, синдром внутрибрюшного венозного застоя, переменное зональное баровоздействие воздухом.

## NEW MEDICAL TECHNOLOGY FOR TREATMENT AND REHABILITATION OF UROLOGIC DISEASES

U.V. Vasiliev<sup>1</sup>, D.L. Shishkin<sup>2</sup>

(<sup>1</sup>Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Education, Russia;

<sup>2</sup>Regional Hospital of Main Directorate of the Federal Penitentiary Service of the Irkutsk Region, Russia)

**Summary.** Evaluation of mechanisms for restoring the microcirculation in the urogenital tract and elimination of intrapelvic venous congestion syndrome in the urogenital venous plexus in the pathogenetic treatment of urological diseases, monitoring the effectiveness of drug therapy in the pathology of the lower urinary tract are essential for clinical urology. We have developed and implemented a new medical technology — variable changing barometric zonal exposure to air — a modern method of treatment of chronic inflammatory diseases of the genitourinary system.

**Key words:** urogenital venous plexus, intrapelvic venous congestion syndrome, variable changing barometric zonal exposure to air.

Хронические воспалительные заболевания органов мочеполовой системы как у мужчин, так и у женщин до настоящего времени занимают значительное место в структуре заболеваемости населения во всем мире, начиная уже с детского возраста. Имеющиеся в распоряжении врачей методы лечения этих заболеваний, несмотря на постоянно расширяющийся их спектр, по-прежнему остаются недостаточно эффективными. [2, 3, 15].

Проведенными исследованиями доказано, что расстройства кровообращения в малом тазу являются ключевым звеном патогенеза большинства хронических заболеваний органов мочеполовой системы. [2, 7]. Венозная гиперемия и застой, являясь или инициальным моментом, или следствием воспаления, ведут к развитию гипоксии, ухудшению трофики органов и тканей, нарушению их функций, в том числе и к расстройству уродинамики, и, в конечном итоге, являются решающим фактором, определяющим хронизацию воспалительного процесса и неэффективности антибактериальной, противовоспалительной терапии, других распространенных методов, как традиционной, так и нетрадиционной медицины. Особое место среди них занимают расстройства кровообращения в малом тазу и предстательной железе. [12, 13, 15, 18, 21].

В результате анализа патогенетических механизмов тазовой конгестии, проведенного на основании экспериментальных исследований, многочисленных литератур-

ных данных, а также с учетом современных тенденций к неинвазивному лечению различной патологии, нами было сконструировано устройство для переменного зонального баровоздействия воздуха на область, включающую гипогастриум и область таза (АС № 1627163 от 15.01.1990г).

**Целью настоящей работы** явилась разработка оптимальных параметров новой медицинской технологии — переменного зонального баровоздействия воздухом, используемой при лечении и реабилитации хронических воспалительных заболеваний органов мочеполовой системы.

### Материалы и методы

**Известно устройство для проведения вакуумтерапии — лечение баровоздействием.** Автор в эксперименте создавал зональное отрицательное давление на абдоминальную часть туловища у кроликов на фоне внутривенного введения микроагрегата альбумина, меченного I<sup>131</sup>. При этом отметил, что у животных под влиянием декомпрессии происходит резкое перераспределение циркулирующего в крови животного радиоизотопа в абдоминальную часть туловища, подвергнутого воздействию вакуума, с образованием в ней радиоактивного депо. Автор известного устройства привел результаты морфологических исследований, согласно