

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© ШАЛАШОВ С.В., КУЛИКОВ Л.К., ЕГОРОВ И.А., МИХАЙЛОВ А.Л., БУСЛАЕВ О.А., ПРИВАЛОВ Ю.А., СОБОТОВИЧ В.Ф., СМЕРНОВ А.А. – 2012  
УДК 616.34-007.43-031.611.957]-089.81

### СПОСОБ НЕНАТЯЖНОЙ НЕПРОТЕЗИРУЮЩЕЙ ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ (Y-ПЛАСТИКА)

Сергей Владимирович Шалашов<sup>2</sup>, Леонид Константинович Куликов<sup>1</sup>, Иван Александрович Егоров<sup>2</sup>,  
Александр Леонидович Михайлов<sup>2</sup>, Олег Александрович Буслаев<sup>2</sup>, Юрий Анатольевич Привалов<sup>1</sup>,  
Владимир Филиппович Соботович<sup>1</sup>, Алексей Анатольевич Смирнов<sup>1</sup>

(<sup>1</sup>Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра хирургии, зав. – д.м.н., проф. Л.К. Куликов, <sup>2</sup>Дорожная клиническая больница на ст.Иркутск–Пассажирский ОАО «РЖД», гл. врач – к.м.н. Е.А. Семенищева)

**Резюме.** Предложен способ непротезирующей паховой герниопластики без натяжения тканей для пациентов молодого и среднего возраста с грыжами I, II и IIIA типа (L.M. Nyhus). Отличием от операции М.П. Десарда является то, что для укрепления задней стенки пахового канала используют не медиальный, а латеральный лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота. При этом паховый канал принимает выгнутую вверх форму. Указанные особенности делают технику выполнения операции более простой и надежной. По предложенной методике выполнено 27 герниопластик.

**Ключевые слова:** паховая грыжа, герниопластика, способ, «без натяжения».

### THE METHOD OF «TENSION-FREE» INGUINAL GERNIOPLASTY WITHOUT ARTIFICIAL LIMB USE (Y-PLASTIC)

S. V. Shalashov<sup>2</sup>, L. K. Kulikov<sup>1</sup>, I. A. Egorov<sup>2</sup>, A. L. Mikhailov<sup>2</sup>, O. A. Buslaev<sup>2</sup>,  
Y. A. Privalov<sup>1</sup>, V. F. Sobotovich<sup>1</sup>, A. A. Smirnov<sup>1</sup>

(<sup>1</sup>Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education, <sup>2</sup>Railway Hospital at station Irkutsk–Passenger)

**Summary.** The method of «tension-free» inguinal gernioplasty without artificial limb use is presented. It is intended for patients of young and middle age with hernias I, II and IIIA type (L.M. Nyhus). For strengthening of a back wall of an inguinal channel a lateral part of aponeurosis of the m. obliquus externus abdominis is used. It distinguishes the method from operation of M.P. Desarda. Thus inguinal channel accepts the form curved up. The specified features do technique of operation more simple and reliable. This proposed method has been performed on 27 hernial repairs.

**Key words:** inguinal hernia, hernioplasty, method, «tension-free».

Среди наружных грыж брюшной стенки на долю паховых приходится до 70-80%. В хирургических стационарах 4-6% оперативных вмешательств выполняются по поводу данного вида грыж [1].

Основным принципом хирургического лечения грыж в настоящее время является выполнение пластики с использованием современных синтетических материалов. Операция И.Л. Лихтенштейна с использованием полипропиленовой сетки признаётся сейчас наиболее эффективной при паховых грыжах. Привлекает техническая простота выполнения операции, что оказывает существенное влияние на распространение методики в сети общехирургических лечебных учреждений.

Существенным положительным фактором пластики с использованием сетки является ее безнатяжной характер. Однако размещение сетчатого материала в паховом канале может вызвать ощущение инородного тела, дискомфорт и синдром длительной боли в послеоперационном периоде [2,4]. Кроме того, нахождение синтетических протезов в паховом канале или предбрюшинно неминуемо вызовет образование рубцовой ткани той или иной степени выраженности, в которую будет вовлечен или семенной канатик целиком, или изолированно его элементы, в том числе и семявыносящий проток. Последний фактор рано или поздно непременно, в большей или меньшей степени, должен сказаться на репродуктивной функции у больных, состоятельных в этом плане. Все изложенное заставляет искать альтернативные протезирующим техникам способы паховой герниопластики. Одновременно идут процессы поиска новых синтетических материалов и совершенствования структуры предлагаемых протезов.

Опыт современной хирургии показывает, что воплотить принцип «без натяжения» можно и аутопластическим способом. Хорошим примером такой пластики является хирургическая техника, предложенная М.П.

Десарда [6]. В 1983 году индийский хирург разработал собственную методику и определил ее как безрецидивную аутопластическую ненатяжную пластику пахового канала [5]. Операция М.П. Десарда получила широкое распространение, в частности, в Польше [7,8], и в 2007 г. была включена в «Польский стандарт лечения паховых грыж» наряду с аллопластическими методами.

В ходе операции используют передний доступ. Апоневроз наружной косой мышцы живота вскрывают по верхнему краю поверхностного пахового кольца. После обработки грыжевого мешка ушивают дефекты в поперечной фасции по Марси или Иоффе с восстановлением глубокого пахового кольца до нормальных анатомических размеров. Далее из медиального лоскута апоневроза наружной косой мышцы живота формируют полосу на двух «ножках», которую пришивают к паховой связке снизу и к внутренней косой мышце сверху. Таким образом укрепляется задняя стенка пахового канала. Далее сшивают латеральный и вновь сформированный медиальный лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота над семенным канатиком. По данным некоторых авторов, по эффективности операция М.П. Десарда не уступает операции И.Л. Лихтенштейна и имеет сходное число рецидивов и послеоперационных осложнений [3].

Однако техника, предложенная М.П. Десарда, не всегда применима при высоко паховом промежутке и значительном разрушении задней стенки пахового канала. В отдельных случаях формированию и перемещению полосы мешает *n. iliohypogastrics*. Иногда во время операции мы находили истонченный медиальный лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота после его отделения от подлежащей мышцы. Использовать его для пластики задней стенки пахового канала мы считали неоправданным.

Цель работы: разработать модификацию операции

М.П. Десарда для повышения ее эффективности.

### Материалы и методы

Нами были сформированы две группы больных, которым в одном случае выполнена паховая герниопластика в варианте I.L.Lichtenstein с использованием лёгких полипропиленовых сеток фирм «Линтекс» и «Ethicon», в другом – Y(уай)-пластика. Протезирующая операция произведена у 32 больных, которые составили группу клинического сравнения (ГКС). Все больные – мужчины, возраст которых был от 20 до 40 лет, сроки заболевания от 3 месяцев до 6 лет. Грыжи были первичные, носили односторонний характер. По разработанной нами методике (Y-пластика) прооперировано 27 больных, которые составили основную группу (ОГ). Все больные были также мужского пола, имели первичные односторонние грыжи. Возраст больных составил от 25 до 36 лет, сроки заболевания – от 3 недель до 4 лет. В обеих группах при прямой паховой грыже грыжевой мешок без вскрытия погружали в брюшную полость, ушивая над ним непрерывным швом поперечную фасцию. При косой грыже обработку мешка производили или традиционно с иссечением, или мешок вворачивали в брюшную полость. Способ анестезии зависел от конкретной ситуации.

Таблица 1

| Характеристики групп по типу |          |           |
|------------------------------|----------|-----------|
| Группа                       | тип II   | тип III A |
| ГКС (n=32)                   | 22(69%)  | 10 (31%)  |
| ОГ (n=27)                    | 18 (66%) | 9 (34%)   |
| p                            | > 0,05   |           |

Был использован спинномозговой анестезия (СМА) и эндо-трахеальный наркоз (ЭТН).

В таблице 1 приведены характеристики групп по типу грыжи (L.M.Nyhus).

Показатели представлены в виде медиан с верхними и нижними квартилями. Различия между показателями оценивали с применением критерия Манна – Уитни и  $\chi^2$ , считали их значимыми при  $p < 0,05$ .

Название разработанной нами техники пластики связано с тем, что её схематическое изображение в поперечном срезе сходно с буквой Y (решение о выдаче патента по заявке № 201110244/14, С.В. Шалашов и соавт.).

Способ аутопластики при паховой грыже, называемый Y-пластика, осуществляется следующим образом. Выполняют продольный разрез кожи и подкожной клетчатки длиной 4-6 см в проекции пахового канала над паховой складкой. Апоневроз наружной косой мышцы живота выделяют вниз до самого края. Производят разрез передней стенки пахового канала в двух сантиметрах выше паховой связки (рис. 1). Его ведут от наружного пахового кольца в латеральную сторону, со смещением к паховой связке в области внутреннего пахового отверстия. Нередко при наличии паховой грыжи передняя стенка пахового канала продольно расслоена посередине. Именно по линии разволокнения и следует рассекать апоневроз наружной косой мышцы живота. По вскрытии пахового канала выделя-



Рис. 1. Линия рассечения апоневроза наружной косой мышцы живота.

ют паховую связку, семенной канатик и край внутренней косой мышцы живота. Выделение грыжевого мешка и его обработку осуществляют известными способами. Далее отделяют медиальный лоскут апоневроза наружной косой мышцы от подлежащей внутренней косой мышцы живота вверх на 3-3,5 см. Дефект в поперечной фасции ушивают непрерывным нерассасывающимся швом (рис. 2). Латеральный лоскут апоневроза наружной косой мышцы под семенным канатиком фиксируют непрерывным швом нерассасывающейся нитью к нижним краям внутренней косой и поперечной мышц, их соединительному сухожилию и влагалищу прямой мышцы живота в медиальном отделе (рис. 3). При этом фиксацию производят так, что вновь сформированное внутреннее паховое кольцо должно принять щелевидную форму. Далее семенной канатик несколько смещают вверх, а над ним

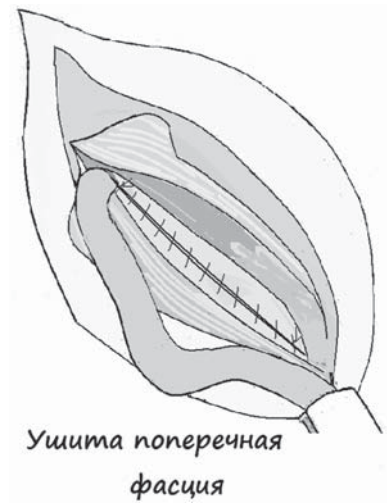


Рис. 2. Восстановление поперечной фасции.



Рис. 3. Укрепление задней стенки пахового канала: А – фиксация медиального отдела латерального лоскута апоневроза наружной косой мышцы живота; Б – латеральный лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота фиксирован.

мобилизованный медиальный лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота низводят вниз и фиксируют к передней поверхности латерального лоскута апоневроза (рис. 4А) без натяжения, формируя наружное паховое кольцо. Паховый канал в результате приобретает другое, несколько более высокое, расположение и новую дугообразную форму (рис. 4Б). Следует достаточно высоко отделить медиальный лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота от подлежащей мышцы, чтобы сформировать новый паховый канал без натяжения сшиваемых тканей.

### Результаты и обсуждение

При выполнении герниопластики по I.L. Lichtenstein (ГКС) медиана времени оперативного вмешательства составила 52 [45; 60] минут. При использовании разработанной нами техники операции (ОГ) медиана продолжительности операции – 40 [35; 45] минут. Таким образом, в ОГ продолжительность операции оказалась меньше, чем в ГКС ( $p < 0,05$ ).

Осложнений в раннем послеоперационном периоде не отмечено ни в ОГ, ни в ГКС. Болевой синдром по-

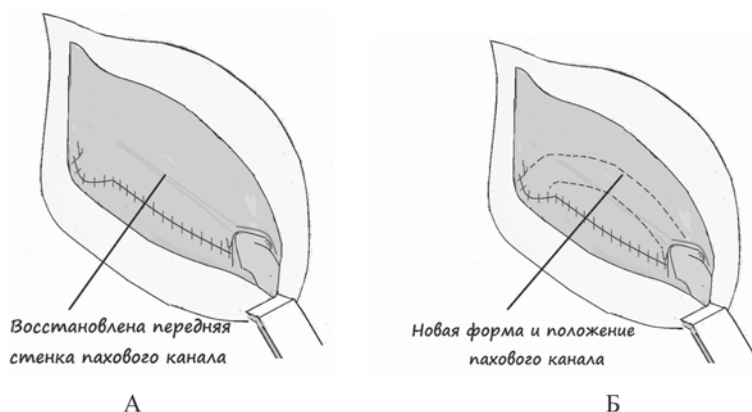


Рис. 4. Передняя стенка пахового канала восстановлена.

сле операции был слабо выражен во всех случаях. Ни в одном случае не потребовалось введения наркотических анальгетиков.

В сроки от 12 месяцев до 2,5 лет прослежены результаты оперативного лечения у 20 больных из ОГ и у 26 больных из ГКС. Рецидивов, поздних осложнений не отмечено. У 4 больных из ГКС в отдаленные сроки по-

сле оперативного вмешательства отмечались периодические болевые ощущения в области выполненной операции, у 3 – чувство дискомфорта и инородного тела. Общее число больных в ГКС, которые отмечали неприятные ощущения, составило 27%. В ОГ дискомфорт и редкие болевые ощущения в зоне операции отметили 2 (10%) больных. Таким образом, количество больных с периодической болью и дискомфортом в зоне герниопластики в поздние сроки после операций было больше в ГКС.

Таким образом, разработанный способ Y-пластики при паховых грыжах обладает всеми достоинствами существующих ныне методик «без натяжения». Средняя продолжительность выполнения пахового грыжесечения с Y-пластикой меньше по времени, чем с пластикой по I.L. Lichtenstein. Способ прост в исполнении и позволяет надёжно устранить паховую грыжу без использования протезного материала. При использовании варианта Y-пластики отмечается меньшее число случаев послеоперационных болевых проявлений и дискомфорта в зоне вмешательства по сравнению с операцией I.L. Lichtenstein.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Кукуджанов Н.И. Паховые грыжи. – М.: Медицина, 1969. – 440 с.
2. Мясников А.Д., Колесников С.А. Герниология для врачей общехирургических стационаров. – Белгород, 2005. – 348 с.
3. Власов В.В. и др. Операция Desarda – создание «новой» задней стенки пахового канала в лечении паховой грыжи // Герниология. – 2008. – №2(18). – С.11-17.
4. Kusmerczuk R., Lorek M. Inguinal hernia repair using own surgical technique – results of 500 operative procedures // Chirurgia Polska. – 2003. – №5(3). – P.145-153.
5. Desarda M.P. Physiological repair of inguinal hernia: a new technique (study of 860 patients) // Hernia. – 2006. – №10. – P.143-146.
6. Lasanoff J.E., Millis J.M. Aponeurosis instead of prosthetic mesh for inguinal hernia repair: neither physiological nor new. Letters to the editor: Physiological repair of inguinal hernia: a new technique: (study of 860 patients) // Hernia. – 2006. – №10. – P.199-200.
7. Mitura K., Romanczuk M. Comparison between two methods of inguinal hernia surgery – Lichtenstein and Desarda // Pol Merkur Lekarski. – 2008. – №24(143). – P.392-395.
8. Szopinski J., Dabrowiecki S. Advanced internet software in providing multicenter trials on the base of comparison of the Desarda and Lichtenstein techniques in primary hernia repair – preliminary results // 63-rd Congress of the Association of Polish Surgeons (12-15 Sept, 2007). – Poznan, Poland, 2007. – P.32.

**Информация об авторах:** Шалашов Сергей Владимирович – врач-хирург, к. м. н., 664013, Иркутск, а/я 81, тел. (3952) 633-381, e-mail: Sha62@bk.ru; Куликов Леонид Константинович – заведующий кафедрой, д.м.н., профессор; Егоров Иван Александрович – врач-хирург, тел. (3952) 638126; Михайлов Александр Леонидович – врач-хирург, тел. (3952) 638126; Буслаев Олег Александрович – заведующий отделением, тел. (3952) 638163; Привалов Юрий Анатольевич – доцент кафедры, к.м.н., тел. (3952) 638157; Соболев Владимир Филиппович – доцент кафедры, к.м.н., тел. (3952) 638156; Смирнов Алексей Анатольевич – ассистент кафедры, к.м.н., тел. (3952) 638176.

© НАДИРАДЗЕ З.З., БАХАРЕВА Ю.А., НЕЗНАХИНА Л.В. – 2012  
УДК 616.12-089.168.1-053.3

#### ВЛИЯНИЕ ТРОФИЧЕСКОГО СТАТУСА НА АКТИВИЗАЦИЮ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ С ИСКУССТВЕННЫМ КРОВООБРАЩЕНИЕМ

Зураб Заурович Надирадзе<sup>1,2</sup>, Юлия Александровна Бахарева<sup>1,2</sup>, Лилия Владимировна Незнахина<sup>2</sup>  
(<sup>1</sup>Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра неотложной педиатрии, зав. – д.м.н., проф. Г.В. Гвак; кафедра анестезиологии и реаниматологии, зав. – д.м.н., проф. В.И. Горбачев; <sup>2</sup>Иркутская областная ордена «Знак Почета» клиническая больница, гл. врач – к.м.н. П.Е. Дудин)

**Резюме.** Целью исследования является определение характера течения послеоперационного периода кардиохирургических пациентов до года в зависимости от исходного нутритивного статуса. Проведено ретроспективное исследование двух групп детей в возрасте от 1-го до 8 месяцев жизни, подвергшихся оперативному вмешательству на сердце с искусственным кровообращением. В результате анализа выявлено, что исходная гипотрофия первой степени увеличивает риск развития послеоперационных респираторных осложнений и время активизации пациентов после операций на сердце с искусственным кровообращением.

**Ключевые слова:** гипотрофия, врожденные пороки сердца, искусственное кровообращение, нутритивная поддержка.

#### THE INFLUENCE OF TROPIC STATUS ON ACTIVATION OF CHILDREN AFTER CARDIOPULMONARY BYPASS SURGERY

Z.Z. Nadiradze<sup>1,2</sup>, Y.A. Bakhareva<sup>1,2</sup>, L.V. Neznakhina<sup>2</sup>  
(<sup>1</sup>Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education, <sup>2</sup>Irkutsk State Regional Clinical Hospital)