

Т. Е. Иванова¹, В. Г. Богдан¹, Д. А. Толстов², Н. Н. Дорох², А. Л. Попченко¹,
Ю. В. Кузьмин¹, С. А. Рачко¹, В. И. Шепетько¹

ОПЕРАЦИЯ М. Р. DESARDA В ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

*Кафедра военно-полевой хирургии военно-медицинский факультет
в УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «4 городская клиническая больница»²*

Высокая частота встречаемости паховых грыж определяет медицинскую актуальность проблемы. Ежегодно процент заболеваемости в разных странах варьирует от 100 до 300 к 100 000 населения. Наиболее распространенные в настоящее время виды пластики пахового канала с использованием синтетических протезных материалов и аутопластики не лишены недостатков. Искусственные протезы привели к возникновению специфических послеоперационных осложнений: ощущение инородного тела, жесткость, дискомфорт в области пластики, местная хроническая инфекция, миграция сетки. В свою очередь аутопластические методики сопровождаются высоким уровнем рецидивов, необходимостью препаровки глубоких слоев пахового канала, незащищенностью семенного канала в подкожно-жировой клетчатке. В 2001 году

индийский хирург Desarda М. Р. предложил метод аутопластики, который к настоящему времени получает все большее распространение в разных странах. Суть его заключается в укреплении задней стенки пахового канала расщепленным листком апоневроза наружной косой мышцы живота.

Цель исследования. Оценить эффективность и определить возможные преимущества операции Desarda М. Р.

Материалы и методы. За период 2013–2014 гг. в городском центре герниологии и баariatрической хирургии на базе 4 ГКБ г. Минска выполнено 11 операций по методу Desarda М. Р. Все пациенты – мужчины. Возраст от 25 до 68 лет ($44,4 \pm 16,3$). У 7 пациентов была косая паховая грыжа, у 4 – прямая. Все грыжи были первичные. Тяжелая сопутствующая патология

у пациентов отсутствовала. У 6 пациентов операция выполнялась под спинальной анестезией, у 5 – под местной инфильтрационной.

Методика операции заключалась в следующем: рассечение апоневроза наружной косой мышцы (АНКМ) выполнялось на уровне верхнего края наружного пахового кольца. Далее выделялся и иссекался грыжевой мешок, затем проводилась препаровка до внутреннего пахового кольца (ВПК) семенного канатика. К нижнему краю паховой связки подшивался верхний листок апоневроза с поперечной фасцией. При подшивании, из-за первоначально высокого рассечения АНКМ, возникало натяжение, которое ликвидировалось продольным рассечением апоневроза на 2–2,5 см выше подшитого края, не доходя до бугорка лонной кости на 1–1,5 см и на 1–2 см дальше ВПК. Расщепленный листок апоневроза из-за натяжения произвольно смещался вниз, и край его подшивался непрерывным швом к обнажившимся мышцам и фасции, образуя фиксированную заднюю стенку пахово-

го канала. Семенной канатик укрывался нижним и верхним свободными листками АНКМ. Использовался полипропиленовый шовный материал. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 45 ± 10 минут. Осложнений во время операции и в послеоперационном периоде не было. Все пациенты выписаны на 3–4 сутки после операции. Рецидивов в отдаленном периоде в сроке наблюдения более 12 месяцев у всех пациентов отмечено не было.

Таким образом, сложившийся стереотип хирургов и пациентов о преимуществе «сеток» в сравнении с аутопластикой мешает внедрению этой перспективной методики в хирургическую практику. Мы оцениваем пластику Desarda M. P., как эффективную, надежную и простую в исполнении, которая может являться операцией выбора при отсутствии сетчатых протезных материалов. Кроме того, представленный метод представляет собой альтернативу пластикам местными тканями при первичных грыжах у пациентов молодого возраста.