

К технике орхидопексии.

Проф. В. Л. Боголюбова.

Оперативное лечение неспустившегося и находящегося в паху яичка (*retentio testis inguinalis*) слагается из двух главных приемов: 1) мобилизации яичка, которая производится по определенным правилам и представляет чрезвычайно важный момент операции, от которого в значительной степени зависит успех последней, и 2) удержания низведенного в мошонку яичка на месте (ретенции). Эта вторая задача достигается путем применения различных, весьма разнообразных приемов, которые, несмотря на свою многочисленность, все же далеко не всегда дают хорошие результаты. Так, напр., по данным Villard'a на 116 операций орхидопексии только в 56 сл. получился полный успех.

Чтобы судить о многочисленности и разнообразии приемов, применяемых для удержания низведенного яичка на месте, достаточно привести нижеследующую таблицу H a n u s a, которая заключает в себе все же далеко не все способы орхидопексии:

I. Фиксация яичка к дну мошонки:

- a) первоначальный метод — Rosenmerkel (1820), Chelius (1821), Annandale (1879);
- b) отделение tunicae vaginalis, широкое прикрепление к дну мошонки — Schüller (1881);
- c) фиксация при помощи кругового шва у входа в мошонку вблизи корня penis'a — Kocher (1887), Wolf (1901), Bevan (1901);
- d) фиксация с временным перемещением яичка через рану мошонки — Hahn (1888);
- e) фиксация с иссечением cremaster'a — Félicet (1891);
- f) фиксация после расширенной герниолапаротомии — Kocher, Rüdinger.

II. Фиксация к дну мошонки с применением промежностного лоскута — Hermes (1904).

III. Способ вытяжения:

- a) посредством нитей с прикреплением их —
 - 1) к приспособлению из проволоки, устроенному между ногами пациента, — Bidwell, Lanz;
 - 2) к бедру — Longard, Lanz;
 - 3) к стопе — Томашевский;
 - 4) посредством твердой проволоки, погруженной в scrotum — Starr (1908);

- 5) посредством приподнимания и фиксирования мошонки к лобковой области—Delbet (1906);
- b) посредством кровавой фиксации к бедру—
 - 1) при помощи кожного лоскута (из бедра), который затем пересаживается на мошонку—Katzenstein (1902), Odlorne и Simons;
 - 2) пришивание (к бедру), затем снова отделение—Annandale (1901). Bramann (1907); только фиксационный шов (к бедру); фиксация с выведением яичка через разрез в мошонке и пришиванием его к ране бедра, позднее вправление яичка в scrotum—Keetly, Gelbke, de Beule.

IV. Промежностная фиксация:

- a) Nicoladoni (1895);
- b) с применением свободной пересадки фасции—Kirschner (1910), Mühsam (1911).

V. Подкожная фиксация посредством прямого шва:

- a) к лобковой кости—Bayer (1896) (парафуникулярный шов), Helferich (1899) и др.;
- b) к соединительной ткани мошонки—Kirmisson (1901), Coudray;
- c) к septum scroti—Tuffier, Championnière, Sébilleau.

VI. Внутримошоночная фиксация к другому яичку (пришивание фиксируемого яичка к здоровому через щель в scrotum)—Gersuny, Witzel, Schäfer, Mauclairе и др.

VII. Приемы, имеющие целью погружение семенного канатика (сужение пахового канала швами, пластика паховых ворот, образование вокруг семенного канатика канала в мошонке путем наложения ряда швов над семенным канатиком).

Среди приведенных способов орхидопексии наше внимание обратил на себя способ Kirschner'a, где для орхидопексии применяется свободная пересадка фасции. Выкраивается соответствующей ширины полоска fasciae latae, которая разрезается по середине в поперечном направлении наполовину, через этот разрез проводится семенной канатик, а края фасции соединяются швами, так что яичко представляется окруженным фасцией, как плащом. Концы фасциальной полоски (или нити, идущие от нее) фиксируются к промежностной фасции или к сухожилиям аддукторов бедра (через рану, сделанную на бедре). В последнем случае через две недели соединение между мошонкой и бедром перерезается.

Мы имели возможность, несколько лет тому назад, применить у двух больных способ Kirschner'a с фиксацией концов фасциальной полоски к промежностной фасции и получили хорошие непосредственные результаты. Тем не менее мы полагаем, что нет надобности делать отдельный разрез на бедре и брать в качестве материала для фиксации яичка широкую фасцию бедра, так как материал для этого имеется в самой паховой ране, в виде апоневроза m. obliqui abdominis ext., из которого и можно выкроить соответствующую полоску, необходимую для фиксации яичка. Конечно, эта полоска должна быть такой ширины, чтобы иссечение ее из апоневроза не могло ослабить апоневроз и препятствовать последующему наложению швов на его края. С другой стороны нам кажется, что широкое окружение яичка фасцией, как плащом, что де-

лает Kirschner, является ненужным и даже может быть небезвредным вследствие последующего сморщивания фасции и некоторого сдавления яичка, что в свою очередь может препятствовать его функции.

В виду всего вышесказанного нам кажется, что способ Kirschner'a может быть видоизменен следующим образом: 1) во-первых, для фиксации яичка можно взять свободно отделенную полоску апоневроза *m. obliqui abdominis ext.*; в одном из концов полоски проделывается щель, в которую, как в петлю, вставляется яичко и фиксируется здесь швами, другой же конец полоски прикрепляется к фасции промежности (или к бедру); 2) во-вторых, полоску апоневроза можно не отделять у внутреннего края, а образовать из нее тяж, в расщеп которого и фиксируется яичко.

Способ этот был применен на 6 больных в следующем виде: делается обычный разрез в паховой области вдоль паховой связки, рассекается апоневроз *m. obliqui abdominis externi*, и выделяется семенной канатик вместе с яичком; затем пересекается общая влагалищная оболочка и *cremaster*, производится возможно высокая мобилизация яичка (*resp.* семенного канатика), из паховой раны проделывают корнцангом ход через мошонку под кожу промежности и, выпячивая здесь корнцанг, надсекают кожу над его верхушкой. Через последний разрез опять вводят корнцанг в обратном направлении—по направлению к паховой ране, в которую и выводится конец корнцанга. Из медиального (верхнего) края вскрытого апоневроза *m. obliqui abdom. ext.* выкраивается длинная полоска по направлению снаружи внутрь, причем у внутреннего края раны эта полоска не отделяется, а оставляется в связи с апоневрозом. В нижней части этой полоски делается щель, через которую проводится яичко. Края щели фиксируются несколькими швами к *tunica albuginea* яичка и, в случае необходимости, суживаются 2—3 швами. Захватив теперь концом корнцанга, выведенным в паховую рану, конец полоски, втягивают яичко в ход, сделанный в мошонке, и стараются низвести его возможно ниже. Конец же полоски крепко фиксируется швами в промежностной ране или пришивается к фасции промежности (в последнем случае должен быть сделан в области промежности достаточно широкий разрез). Далее накладываются швы на паховый канал (края *m. obliqui abdom. int. et transversi* пришиваются над семенным канатиком к ну-партовой связке), на апоневроз и кожу.

Применив вышеописанный способ, мы убедились, что, при правильном соблюдении техники, этим способом можно достигнуть хорошей фиксации яичка в мошонке на более или менее низком уровне (в зависимости оттого, в какой степени удастся мобилизовать яичко *resp.* семенного канатик). За исключением одного случая, оперированного не нами лично и неудавшегося, повидимому, из-за несоблюдения некоторых технических правил, в 5 случаях получился непосредственный хороший результат (трое из этих больных были впоследствии осмотрены через 5 м., 7 м. и 1 ч. 3 м., причем яички у них найдены не изменившими своего положения и прочно фиксированными).

Для успеха вышеописанной операции необходимо соблюдение следующих правил: 1) яичко должно быть мобилизовано возможно лучше, 2) полоска апоневроза должна быть достаточной длины, 3) щель в полоске апоневроза должна быть сделана ближе к нижнему концу, 4) яичко

должно быть хорошо фиксировано в щели путем наложения швов и сужения краев щели (конечно, при этом надо избегать сдавления яичка), 5) конец апоневротической полоски должен быть фиксирован очень прочно, лучше к промежуточной фасции, 6) в случае необходимости, особенно при недостаточном низведении яичка, можно конец полоски вшить в рану бедра, фиксировав ее к фасции или мышцам, для временного вытяжения яичка, 7) паховый канал должен быть хорошо закрыт путем сшивания мышц над семенным канатиком.

Prof. V. L. Bogoluboff (Kasan). Zur Technik der Orchidopexie. Von dem Autor wird vorgeschlagen für die Fixation des zurückgehaltenen Testiculum sich mit einem frei abgesonderten, ausgeschnittenen von dem Rande der bei Operation zerspaltenen Aponeurosis m. obliqui abdominis ext. Streifchen (statt den Streifchen aus fascia lata nach Kirschner) zu bedienen. Zweite Modification der Orchidopexie, welche von dem Autor vorgeschlagen wird, besteht in dem, dass das Streifchen der Aponeurosis nicht ganz abgetrennt, sondern bleibt mit der Aponeurosis bei dem inneren Rande der Wunde verbunden. In dem unteren Theil dieses Streifchens wird eine Spalte gemacht, in welcher mit Nahten wird das Testiculum befestigt. Das untere Ende des Streifchens wird mit der perinaealen Fascia fixiert oder wird in die perinaeale Wunde eingenäht (kann auch zum Oberschenkel untergenäht werden). Nach diesem Verfahren wurden 6 Kranke operiert. In 5 Fällen guter unmittelbarer Erfolg (3 Kranke wurden 5 Mon., 7 Mon. und 1 Jahr 5 Mon. verfolgt), 1 Fall—mislungen.
