

© Шкварковський І.В., Москалюк О.П., 2011

УДК 616.329-002:616-018

## ТОПОГРАФОАТОМІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ СПОСОБУ ПЛАСТИКИ ПАХВИННОГО КАНАЛУ

*І.В.Шкварковський, О.П.Москалюк*

*Кафедра хірургії та урології (зав. – проф. А.Г.Іфтодій) Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці*

**Резюме.** Описується новий спосіб лікування пахвинних гриж, який передбачає розмежування сім'яного канатика і полімерного імплантата. Сім'яний канатик занурюють у передочеревинну клітковину. Об'рунтовано оптимальну форму полімерного імплантата, який фіксують попереду поперечної фасції. Верхній клапоть апоневроза зовнішнього косого м'яза живота, внутрішній косий та поперечний м'язи фіксують окремими вузловими швами до пахвинної зв'язки, нижнім клаптем апоневроза зовнішнього косого м'яза живота формують дуплікатуру.

**Ключові слова:** пахвинна грижа, полімерний імплантат.

Пахвинні грижі трапляються переважно в чоловіків працездатного віку з частотою близько 5 % від усіх хірургічних захворювань, а грижесічення – найчастіша (10-15 %) операція у плановій хірургії [1, 2]. Існує понад 200 методів хірургічного лікування пахвинних гриж, в основі яких здебільшого – це пластика пахвинного каналу власними тканинами [2]. Аутопластика пахвинних гриж супроводжується високою частотою рецидиву – 10-12 % [3]. Тому основним нинішнім принципом хірургічного лікування гриж є виконання пластики "без натягу" з використанням синтетичних матеріалів [4, 5]. Але при будь-якій алопластиці, незважаючи на інертність синтетичного матеріалу, навколо нього розвивається тканинна реакція з вираженим запальним компонентом, що спричинює низку специфічних ускладнень – сероми, невриноми, гематоми, відчуття стороннього тіла, хронічний больовий синдром. Окрім цього, з'являються повідомлення про ризик розвитку специфічних ускладнень внаслідок контакту алотрансплантата з сім'яним канатиком. Зважаючи на це, проблема інфертильності, склеротичних змін сім'яного канатика та яєчка після хірургічного лікування пахвинних гриж набуває дедалі більшої актуальності [6, 7].

**Мета дослідження.** Обгрунтувати новий спосіб хірургічного лікування рецидивних та ускладнених пахвинних гриж.

**Матеріал і методи.** В основу повідомлення покладено результати топографоанатомічного дослідження 47 трупів (30 чоловіків, 17 жі-

нок). На секційному матеріалі вивчали можливість транслокації елементів сім'яного канатика у передочеревинну клітковину. Досліджували оптимальну форму полімерного імплантата і спосіб його фіксування.

**Результати дослідження та їх обговорення.** На основі топографоанатомічних даних нами розроблений спосіб лікування ускладнених та рецидивних пахвинних гриж. Суть авторського способу полягає в тому, що після висікання залишків грижового мішка розсікають поперечну фасцію від глибокого пахвинного кільця аж до бічного краю піхви прямого м'яза живота. Сім'яний канатик укладають у передочеревинну клітковину, а краї поперечної фасції зшивають безперервним швом із зашиванням глибокого пахвинного кільця. Нове місце виходу сім'яного канатика відповідає проекції поверхневого пахвинного кільця, біля краю прямого м'яза живота. Нами визначена оптимальна форма полімерного імплантата (рисунок) та його розміри (3-3,5 x 6-7 см), що залежить від статури.

У даному дослідженні використовували сітку PROCEED як найбільш оптимальний варіант полікомполімерних неадгезивних полімерних імплантатів. На медіальному краю імплантата, ближче до нижньої третини, формують вирізку, розмір якої відповідає діаметру сім'яного канатика. Полімерний імплантат укладають на поперечну фасцію, занурюючи його верхній край під поперечний м'яз живота. Фіксацію починають з підшивання нижнього краю імплан-

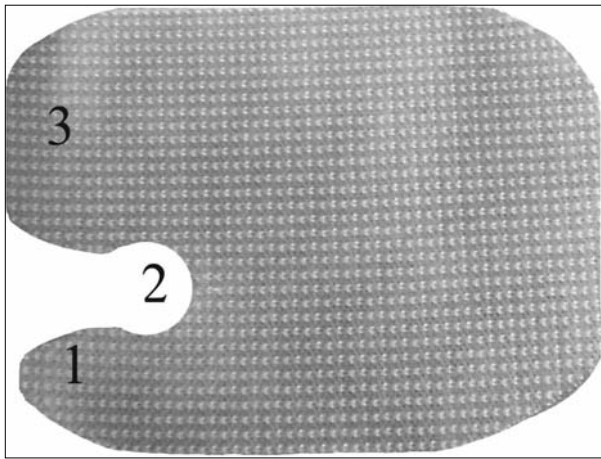


Рис. Форма полімерного імплантата для пластики пахвинного каналу: 1 – клапоть, який пришивають до лобкового горбика; 2 – вирізка для розміщення сім'яного канатика; 3 – клапоть, який пришивають до задньої стінки піхви прямого м'яза живота.

тата до пахвинної зв'язки. Особливу увагу варто приділяти фіксації нижнього медіального кута до лобкового горбика. Латеральний та верхній

краї імплантата пришивають до поперечного м'яза живота, а його медіально-верхній край – до задньої стінки піхви прямого м'яза живота таким чином, щоб сім'яний канатик опинився у вирізці імплантата. Для відмежування полімерного матеріалу від елементів сім'яного канатика використовували залишки поперечної фасції. Верхній клапоть апоневроза зовнішнього косого м'яза живота, внутрішній косий та поперечний м'язи живота фіксували окремими вузловими швами до пахвинної зв'язки, нижнім клаптем формували дуплікатуру.

**Висновок та перспективи наукового пошуку.** 1. Авторська методика герніопластики запобігає контактів сім'яного канатика з полімерним імплантатом і, як наслідок, розвитку специфічних ускладнень. Зашивання глибокого пахвинного кільця запобігає розвитку рецидиву пахвинної грижі. 2. Перспективним вважаємо порівняльне вивчення ефективності різних типів сіток та способів їх фіксації в процесі хірургічного лікування черевних гриж.

### Література

1. Бочкарев А.А. Выбор метода лечения больных с паховыми грыжами / А.А.Бочкарев, А.В.Щербатых // Сиб. мед. ж. – 2006. – № 8. – С. 5-8.
2. Власов В.В. Передочервинна алопластика пахвинної грижі / В.В.Власов, І.В.Бабій, О.І.Мельничук // Acta Medica Leopoliensia. – 2009. – Т. XV, № 3. – С. 43-46.
3. Мошкова Т.А. Оптимизация аллопластики паховых грыж / Т.А.Мошкова, С.В.Васильева, В.В.Олейник // Вест. Санкт-Петербургского ун-та. – 2008. – Сер. 11, вып. 2. – С. 140-144.
4. Рязанов Д.Ю. Значення операції Ліхтенштейна при хірургічному лікуванні пахвинної грижі / Д.Ю.Рязанов // Одеський мед. ж. – 2009. – № 6. – С. 73-74.
5. Шалашов С.В. Выбор способа пластики при паховых грыжах / С.В.Шалашов, Л.К.Куликов, А.Л.Михайлов [и др.] // Сиб. мед. ж. – 2008. – № 6. – С. 96-98.
6. Глодан О.Я. Вплив на сперматогенез тривалої фіксації сім'яного канатика під час пластики пахвинного каналу / О.Я.Глодан // Клін. та експерим. патол. – 2009. – Т. VIII, № 4. – С. 20-22.
7. Грицуляк Б.В. Гістоультраструктура звивистих сім'яних трубочок яєчка після пластики задньої стінки пахвинного каналу / Б.В.Грицуляк, В.Б.Грицуляк, О.Є.Халло // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2009. – Т. 8, № 4. – С. 43-45.

### ТОПОГРАФОАНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ СПОСОБА ПЛАСТИКИ ПАХОВОГО КАНАЛА

**Резюме.** Описується новий спосіб лічення пахових грыж, который предусматривает разобщение семенного канатика и полимерного имплантата. Семенной канатик погружают в предбрюшинную клетчатку. Обоснована оптимальная форма полимерного имплантата, который располагают перед поперечной фасцией. Верхний лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота, внутреннюю косую и поперечную мышцы фиксируют к паховой связке, нижним лоскутом апоневроза наружной косой мышцы живота формируют дубликатуру.

**Ключевые слова:** паховая грыжа, полимерный имплантат.

### ТОПОГРАФОАНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ СПОСОБА ПЛАСТИКИ ПАХОВОГО КАНАЛА

**Abstract.** A new way of treating inguinal hernias which envisages a dissociation of the spermatic cord and a polymeric implant is described. The spermatic cord is immersed in to the preperitoneal fat. The optimal form of a polymeric implant which is placed before the transverse fascia is substantiated. The top flap of aponeurosis of the external oblique muscle, the internal oblique and transverse muscles are fixed by separate interrupted sutures to the inguinal ligament, by the bottom flap of aponeurosis of the external oblique muscle of the abdomen the duplication is formed.

**Key words:** inguinal hernia, polymeric implant.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла 16.02.2011 р.