

МЕТОДИКА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАХВИННОЇ ГРИЖІ

В.В.Власов, О.О.Грешило, С.Р.Микитюк, І.В.Бабій

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова,
Хмельницька обласна лікарня*

Операції з приводу пахвинних гриж (ПГ) посідають перше місце серед планових оперативних втручань у загальнохірургічних стаціонарах. Існує понад сто методів оперативного лікування ПГ, більшість з яких – це пластика пахвинного каналу (ПК) власними тканинами. Проте жодна з автопластик не має загального визнання, оскільки частота рецидивів ПГ зберігається високою: 6,2-10,2 % – після первинної герніопластики, 12-16 % – після повторної. Сучасна концепція лікування ПГ базується на пластиці ПК з використанням сіткових імплантатів (СІ), без натягу тканин. Залишається відкритим питання щодо вибору місця адекватного розміщення СІ. Водночас існують дані про ризик виникнення специфічних ускладнень, пов'язаних з імплантацією стороннього тіла та його контакту із сім'яним канатиком (СК): атрофічних та дегенеративних змін яєчка, розладів статевої функції, хронічного больового синдрому, тривалого відчуття стороннього тіла.

Оптимальним вважається розміщення СІ у передочеревинному просторі (ПП), що виключає контакт елементів СК із СІ. Виконують типовий доступ до ПК, апоневроз зовнішнього косоного м'яза живота розсікають уздовж волокон, між ніжками поверхневого пахвинного кільця. Грижовий мішок при прямих ПГ, після відшарування від поперечної фасції, занурюють у черевну порожнину. В ПП через грижові ворота встановлюють СІ, фіксують його зсередини 4-5 швами, над ним зашивають поперечну фасцію. При косій ПГ грижовий мішок також занурюють у черевну порожнину або частково вирізають. Крізь розширене глибоке пахвинне кільце, після відшарування парієтального листка очеревини, занурюють СІ у ПП і фіксують його окремими 4-5 наскрізними швами. Поверх СІ зашивають поперечну фасцію, формуючи глибоке пахвинне кільце нормальних розмірів. В окремих випадках при гігантських пахвинно-мошонкових грижах до СІ підводять дренаж Редона. Анатомію ПК відновлюють за допомогою пластики його передньої стінки. В післяопераційному періоді проводять профілактику гнійних ускладнень (одноразове введення антибіотиків широкого спектру дії).

У нашій клініці за період з 2005 по 2006 рр. проведено 78 герніопластик з розташуванням СІ в ПП. Серед прооперованих чоловіків було більшість (92,3%). Вік хворих становив від 22 до 84 років (середній вік $57,4 \pm 15,0$). Планових оперативних втручань виконано 72, невідкладних – 6. З рецидивними грижами прооперовано 15 хворих. Пластика ПК з приводу великих пахвинно-мошонкових гриж виконана 20-м хворим. Правобічна ПГ була у 41 (52,6%) пацієнта, лівобічна – 22 (28,2%), двобічна – 15 (19,6%). Із них пряма була у 30-х, коса – 46, комбінована – 2. Знеболювання індивідуалізоване: ендотрахеальний наркоз (50), спинномозкова анестезія (13), місцева анестезія (10), комбінація місцевої анестезії та нейролептаналгезії (3), внутрішньовенний наркоз (2).

Спостерігали такі післяопераційні ускладнення: водянка оболонок яєчка (3), інфільтрат післяопераційного рубця (2), гематома післяопераційної рани (2). У післяопераційному періоді хворі не відчували стороннього тіла в пахвинній ділянці, больовий синдром був незначним і нетривалим. Хворі оглянуті впродовж 6 міс. – 2,5 років після операцій, рецидивів немає.