

© Цигикало О.В., Тетірко І.В.

УДК 616.34-007.43:611.957-053.9-089

## **ПЛАСТИКА ПАХВИННОГО КАНАЛУ У ЛЮДЕЙ ЛІТНЬОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ**

**О.В.Цигикало, І.В.Тетірко**

*Кафедра топографічної анатомії та оперативної хірургії (зав. – проф. Ю.Т.Ахтемійчук)  
Буковинської державної медичної академії*

---

Результати хірургічного лікування пахвинних гриж, особливо у людей літнього та старечого віку, не можна вважати задовільними, оскільки частота виникнення рецидивів після первинної герніопластики становить 15-20% [3, 9], а після операцій з приводу рецидивних пахвинних гриж – 35-46% [6, 13]. Основна причина цього полягає в тому, що існуючі оперативні прийоми не враховують в повному обсязі етіопатогенетичні чинники грижі [10, 15]. Провідна роль у патогенезі пахвинної грижі пацієнтів літнього та старечого віку належить морфофункціональній недостатності анатомічних структур пахвинної ділянки [11], зокрема ослабленню поперечної фасції внаслідок атрофії апоневрозів та м'язів. Успіх хірургічного лікування таких хворих може бути досягнутий тільки завдяки вибору та застосуванню адекватного способу пластики пахвинного каналу з урахуванням індивідуальних морфофункціональних особливостей [3, 4].

При косих пахвинних грижах невеликих розмірів з розширенням глибокого пахвинного кільця і збереженою задньою стінкою пахвинного каналу та при невеликих прямих грижах з частковим зруйнуванням задньої стінки пахвинного каналу застосовуються операції Бассіні, Постемпського та Шолдиса, які передбачають укріплення задньої стінки пахвинного каналу та формування глибокого пахвинного кільця.

Спосіб Бассіні передбачає укріплення задньої стінки пахвинного каналу шляхом фіксації вузловими швами вільних країв внутрішнього косоного та поперечного м'язів живота з поперечною фасцією до пахвинної зв'язки позаду сім'яного канатика. За способом Постемпського [10] задню стінку пахвинного каналу формують шляхом фіксації до пахвинної зв'язки поперечної фасції, поперечного, внутрішнього косоного та верхнього клаптя апоневроза зовнішнього косоного м'язів живота. Сім'яний канатик укладається у підшкірну клітковину пахвинної ділянки. Спосіб Шолдиса є сучасною модифікацією пластики Бассіні, суть якого полягає в застосуванні безперервного дворядного шва з частішими стібками.

Недоліками названих способів є великий відсоток рецидивів (до 10%), післяопераційний больовий синдром і тривалий (до 1,5 міс) період повної реабілітації [5, 10].

У хворих з великими косими та прямими пахвинними грижами застосовують пластику «без натягу» тканин – способи Ніхуса та Ліхтенштейна.

Суть операції Ніхуса [5] полягає в укріпленні задньої стінки пахвинного каналу з позаочеревинного доступу, залишаючи інтактною рубцево-змінену передню стінку пахвинного каналу. Операція особливо ефективна у хворих літнього та старечого віку, у яких ризик загального знеболювання перевищує ризик операції. Передочере-

винна пластика за способом Ніхуса дає змогу закрити грижові ворота у хворих з рецидивними, защемленими та двобічними грижами [2, 5].

При рецидивних грижах застосування традиційних методів пластики не виправдане – частота рецидивів перевищує 10% [10]. Крім того, методи, які ґрунтуються на ліквідації пахвинного каналу, наприклад, спосіб Постемпського, суттєво змінюють анатомію пахвинної ділянки, що утруднює повторні операції з приводу рецидиву грижі. Водночас спосіб Ніхуса, незважаючи на появу сучасних синтетичних протезних матеріалів (пропілен) та розвиток відеолапароскопічної техніки, також не знайшов широкої підтримки у вітчизняних хірургів перш за все внаслідок технічної складності [1, 7, 8].

Серед багатьох лапароскопічних методик укріплення задньої стінки пахвинного каналу поширення набув спосіб Корбіта [12]. Частота рецидивів після цієї операції не перевищує 2%, хоча при тривалому спостереженні – збільшується до 6%. Недоліками способу є його висока вартість, необхідність загального знеболювання, технічна складність, тяжкість ускладнень, незважаючи на їх рідкість. Всі ці фактори об-

межують використання лапароскопічної герніопластики показаннями, до яких відносяться рецидивні та двобічні грижі, поєднані лапароскопічні операції в черевній порожнині [2, 10].

Популярності у хірургів набуває герніопластика способом Ліхтенштейна завдяки її надійності (0,1% рецидивів), малотравматичності, відсутності больового синдрому, швидкій реабілітації пацієнтів, технічній простоті. Саме ці фактори створюють широкі перспективи для способу, при якому головна увага приділяється не виду грижі, а загальному стану хворого та наявності хронічних супутніх захворювань.

**Висновки.** 1. При невеликих пахвинних грижах ефективною є пластика пахвинного каналу власними тканинами (способи Бассіні, Шолдиса). 2. При значному пошкодженні задньої стінки пахвинного каналу у хворих літнього та старечого віку перевага надається способам пластики «без натягу» (способи Ніхуса, Ліхтенштейна). 3. Лапароскопічні методики внаслідок технічної складності, високої вартості та низької надійності переважно застосовуються під час рецидивних і двобічних гриж та поєднаних оперативних втручаннях.

### Література

1. Андреев С.Д., Адамян А.А. Пластика обширных дефектов брюшной стенки биосинтетическими протезами // Хирургия. – 1993. – № 3. – С. 30-35.
2. Антонов А.М., Гриненко Н.Н., Чернов К.М. Лечение ущемленных рецидивирующих больших пахово-мошоночных грыж // Хирургия. – 1996. – № 2. – С. 67-68.
3. Гавриленко В.Г., Банний А.В., Пагава А.З., Мельник Б.С. Хирургическое лечение паховой грыжи у больных пожилого и старческого возраста // Клини. хирургия. – 1992. – № 2. – С. 29-31.
4. Галимов О.В., Мусин Р.З. Хирургическое лечение паховых грыж // Хирургия. – 2001. – № 8. – С. 41-43.
5. Гречаний А.П., Цигикало О.В. Хірургічне лікування защемлених пахвинних гриж за методом Ніхуса // Бук. мед. вісник. – 2000. – Т.4, №2. – С.52-54.
6. Землянкин А.А. Отдаленные результаты грыжесечения // Клини. хирургия. – 1991. – № 2. – С. 15-16.
7. Миняйло Н.Н., Бергина И.А. Хирургическое лечение паховой грыжи // Клини. хирургия. – 1994. – № 5. – С. 46-48.
8. Седов В.М., Лебедев Л.В., Тарбаев С.Д., Аль-Ахмад Р.М. Операции при паховых грыжах из преперитонеального доступа с протезированием брюшной стенки эксплантатом // Вестн. хирургии. – 1996. – № 6. – С. 33-34.
9. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи брюшной стенки. – М.: Медицина, 1990. – 272 с.
10. Усов Д.В., Валов В.В., Страполов В.Д. и др. Укоренившиеся принципы хирургического лечения паховых грыж и их недостатки // Вестн. хирургии. – 1985. – № 2. – С. 120-123.
11. Ярыгин В.А., Совершаев А.П., Тодрик А.Г. Этиология и патогенез паховых грыж // Хирургия. – 1994. – № 4. – С. 45-47.
12. Corbitt J.D. // Surg. Endoscop. – 1993. – V. 7. – P. 550-555.

**INGUINAL CANAL PLASTY IN PERSONS OF ELDERLY AND SENILE AGE**

*O.V.Tsygkalo, I.V.Tetirko*

**Abstract.** The paper deals with modern approaches to surgical treatment of inguinal hernias in people of elderly and senile age.

**Key words:** inguinal hernias, heriatrics.

**Резюме.** У статті аналізуються сучасні методи оперативного лікування пахвинних гриж у людей літнього та старечого віку.

**Ключові слова:** пахвинні грижі, геріатрія.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла 11.05.2002 р.