

М.А. Селезньов, Нго Тхі Туйєт Нга, О.В. Власенко

СПОСІБ РЕКОНСТРУКЦІЇ ПАХОВОЇ ЗВ'ЯЗКИ

м. Харків, Харківський національний медичний університет

Пахова зв'язка є каркасом для нижнього краю пахового проміжку, утвореного паховою зв'язкою, нижнім краєм косою і поперечного м'язів живота, прямим живота. Особливістю будови черевної стінки в цій області є опосередкована фіксацією м'язів черевної стінки до кісток азу через пахову зв'язку. Ліквідація пахової зв'язки призводить до формування грижі, воротами якої є весь паховий проміжок. Незадовільні результати лікування пацієнтів з дефектом пахової зв'язки з одного боку пов'язані з тим, що подібна реконструкція технічно складна і вимагає навичок роботи на кістково-сухожильних структурах. З іншого боку – зустрічається вкрай рідко, не має єдиної хірургічної тактики, що вимагає від хірурга індивідуального оперативного рішення в кожному окремому випадку.

Метою нашого дослідження є хірургічне лікування пахової грижі при пошкодженні пахової зв'язки з позитивним післяопераційним перебігом без розвитком рецидиву.

Методом є протезування каркасної функції пахової зв'язки, шляхом заміщення зруйнованої структури сітчастим ендопротезом. За аналогією з втраченою паховою зв'язкою планувалась жорстка фіксація нової структури до верхньої гілки лобкової кістки і передньо-верхньої ості правої клубової кістки. Для цього ми використовували різьбові анкери, що фіксують з попередньо встановленою ниткою фірми DePuy Mitek. Враховуючи потребу в підвищеній тензорезистентності формованої структури, для реконструкції була застосована хірургічна сітка високої щільності Есфіл важкий фірми Лінтекс.

Результати дослідження: розстановка портів як при повній екстраперітонеальній герніопластиці. Оптичний порт 10 мм. Встановлювався в області

пупка, для лівої руки хірурга 10 мм. Порт по середній лінії над лобком і для правої руки хірурга 5 мм. Порт на 3 см. медіальніше і вище передньо-верхньої ості правої клубової кістки. Після установки оптичного порту під прямим м'язом живота справа, тупо, під візуальним контролем, лапароскопом сформовано простір над парієтальною очеревиною від верхньої гілки лобкової кістки до передньо-верхньої ості правої клубової кістки. Встановлено робочі порти. Особливістю стало те, що в надлобковій області було встановлено 10 мм. Порт, для занурення в преочеревенний простір фіксованого до анкірів шовного матеріалу з голками. Гризовий мішок, розміром 8x7 см. було інвагінено в черевну порожнину. Гризові ворота, що були візуалізовані, займали весь паховий проміжок. Сітчастий ендопротез прямокутної форми 15x10 см. встановлено в області дефекту і фіксовано по периметру.

Кісткова фіксація анкерами виконана через сітку, з подальшим прошиванням фіксуєчим шовним матеріалом. Верхній край сітки фіксований за допомогою за допомогою скорняжної голки транскутанними швами. Тривалість операції склала 80 хв. Крововтрата 15 мл. Дренування передочеревинного простору не було потрібно. Наркотичні анальгетики не вводились. Пацієнт виписаний на 4-у добу після операції. Післяопераційне спостереження за пацієнтом склало 14 міс. Дислокації ендопротеза і розвитку рецидиву не спостерігається.

Таким чином, ми можемо зробити такий **висновок:** запропонований нами спосіб реконструкції пахової зв'язки є надійним, мало травматичним, має всі переваги мініінвазивного втручання, легко відтворюється в будь-якому загальнохірургічному стаціонарі, де виконується ТЕР-герніопластика.