

УДК 617.557-007.443-053.9-089



О.О. Воровський

## АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ГРИЖ ПАХВИННО-СТЕГНОВОЇ ДІЛЯНКИ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

Вінницький обласний клінічний госпіталь для інвалідів Великої Вітчизняної війни

**Ключові слова:** грижі пахвинно-стегнової локалізації, герніопластика, хворі похилого і старечого віку.

Висвітлено історичні та сучасні практичні аспекти лікування гриж пахвинно-стегнової локалізації. Залишаються дискусійними питання про необхідність застосування безнатяжних методів герніопластики та місце кожної з них у хірургії гриж. Досі немає оптимальної класифікації пахвинних гриж, без якої неможливо індивідуалізувати та уніфікувати хірургічну тактику. Натяжні методи є основними при оперативному лікуванні стегнової грижі, результати застосування безнатяжного методу plug вітчизняними хірургами через невелику кількість публікацій вказати неможливо. Немає тактичної доктрини при виборі методу лікування, а думки різних авторів про переваги та недоліки сучасних методів хірургічного усунення пахвинних і стегнових гриж суперечливі, що свідчить про відсутність розробленої методики у лікуванні цього захворювання, яка відповідала б усім вимогам сьогодення.

Частка пахвинних гриж (ПГ) становить від 50,7—75 % до 66,0—80,0 % усіх гриж. Їх спостерігають переважно у чоловіків похилого та старечого віку (90—97 %) [18]. Крім того, часто трапляються так звані приховані ПГ, які під час фізикального дослідження не виявляють через малий розмір [28].

За даними одних авторів, стегнові грижі (СГ) посідають друге місце після пахвинних, їхня частка у структурі гриж передньої черевної стінки (ПЧС) становить до 25 %, а за даними других — п'яте (до 8 %) [21]. На цю патологію частіше страждають особи жіночої статі (88 %) [25].

Хірургічне втручання нині вважають єдиним методом лікування гриж пахвинно-стегнової ділянки живота (ГПСДЖ). Герніопластика при ПГ — найпоширеніша операція, яка, за одними даними, посідає третє місце серед планових та екстрених оперативних втручань (8—25 % усіх оперативних втручань), за іншими — перше [29]. У Росії за рік з приводу цієї патології виконують до 600 тис. операцій, в Англії — понад 80 тис., в США та Європі в цілому — майже 1 млн, причому тенденції до зменшення не спостерігають [18].

Історія грижосічення нараховує близько 2500 років, за цей період було розроблено від 100 до 600 методів пластики ПГ [29]. За даними різних авторів, частота рецидивів гриж (РГ) становить 10—35 % при первинних грижосіченнях [6, 30] та 30—65 % — при повторних операціях [28, 30]. У разі СГ цей показник варіює від 0,8 до 36 % [4]. У хворих похилого та старечого віку частота РГ при первинних грижосіченнях з приводу ГПСДЖ становить 40—80,5 % [5]. Пояснюють це якісною та кількісною неповноцінністю ПЧС, вираженими патологічними та атрофічно-дегенеративними змінами апоневротичних і м'язових утворень у ділянці грижового дефекту, різким порушенням мікроциркуляції, що призводить до значного порушення живлення вздовж лінії швів, прорізування їх лігатурами внаслідок значного їх натягнення через імперативне підвищення внутрішньоочеревинного тиску при хронічних захворюваннях (хронічні обструктивні захворювання дихальної системи з частими загостреннями, хронічний атонічний коліт з частими закрепамми, доброякісна гіперплазія передміхурової залози з ознаками порушення сечовипускання),

значно підвищує ризик РГ. В.К. Островський та співавт. (2010) піддають сумніву ці твердження, оскільки не можна пояснити наявність грижоутворення у людей, які не мають зазначених захворювань. При нормальному функціонуванні організму часто виникають ситуації, які призводять до підвищення внутрішньоочеревинного тиску (сміх, кашель, чхання, фізичне напруження в період формування рубця) [23]. Можливо, саме ці чинники доцільно розглядати як причини дефектів у структурах, які утворюють пахвинний канал (ПК).

Прогресування інволюційних процесів пов'язують з віковою ультраструктурною перебудовою внутрішньо-волоконної архітекτονіки м'язових волокон зовнішнього косоного м'яза живота у вигляді зменшення до 15 % об'єму міофібрил. При електронно-мікроскопічному дослідженні спостерігали накопичення ліпідних включень, каріорексис, дистрофію та деструкцію міофібрил [4]. Інші автори виявили перебудову опорних тканин ПК у вигляді міопатичних змін або як компенсаторно-приспосувальну реакцію м'язового волокна до метаболізму в умовах гіпоксії [8]. R.A. Rosch та співавт. (2002) пояснюють інволюційні процеси розвитком так званої хвороби колагенового матриксу та колагенової недостатності, коли відбувається значне зменшення величини співвідношення розчинного та нерозчинного колагену, збільшення кількості волокон з поперечними зв'язками, значне зменшення кількості еластичних волокон [39]. Ситуація ускладнюється наявністю супутніх захворювань, які обтяжують післяопераційний перебіг у майже 86,6 % хворих старечого та похилого віку, у 50,2 % — спостерігають поєднання супутніх захворювань. Найпоширеніше поєднання супутньої патології — це грижа + серцево-судинна недостатність + ожиріння, у хворих чоловіків похилого віку до цієї комбінації додаються пухлинні захворювання передміхурової залози [28].

За даними літератури, частка защемлених гриж становить від 8 до 20 % від загальної кількості гриж ПЧС і 4,2 % від загальної гострої хірургічної патології. Защемлення ПГ посідає перше місце — 37,2—45,8 % [7, 35], защемлення СГ — друге (20—79 %) [11]. Це деякою мірою пояснює те, що частота РГ після термінових оперативних втручань в осіб похилого та старечого віку в 2—3 рази перевищує аналогічний показник після планових грижосічень, післяопераційна летальність зростає з 8—12 до 16—20 %, а після ургентних операцій — до 25—45 % [7].

Нині більшість хірургів погоджуються з виокремленням категорії «складних» гриж, до яких відносять великі, гігантські, ковзні, комбіновані (пряма та коса в одній пахвинній ділянці), невірні, білатеральні пахвинні, поєднані (пахвинна та стегова), рідкісні (передочеревинна, внутрішньостінна, осумкована, надміхурова) та повторні рецидивні [18, 24], які трапляються більше ніж у

42 % хворих похилого віку [24]. Вважають, що неправильний вибір пластики ПК та стегового каналу (СК), технічні помилки при виконанні пластики з неврахуванням несприятливих змін у тканинах, які утворюють ПК (широкий пахвинний проміжок, його трикутна форма, розволокнуватість апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота, ослаблення поперечної фасції, розширення глибокого пахвинного кільця) майже у 100 % випадків призводять до рецидиву, навіть якщо операцію виконав досвідчений хірург [29].

Ще в 1891 р. професор Королівського коледжу з Бірмінгема Lawson Tait запропонував оперувати ПГ з абдомінального доступу. В 1899 р. проф. Assaky такий підхід рекомендував застосовувати у хворих старечого та похилого віку та у хворих з атрофічними змінами м'язів. У 1932 р. G. La Rock запропонував «інтраабдомінальний метод» з доступом до грижових воріт крізь розріз, виконаний вище за пахвинну зв'язку. Основними перевагами методу автор вважав повноцінність діагностики, радикальність при видаленні некротичних ділянок защемлених органів та безпечність [15].

Незважаючи на велику кількість модифікацій, основні принципи герніопластики ПГ, сформульовані E. Bassini в 1894 р., деякі автори досі вважають провідними в лікуванні ПГ, що було підтверджено в 1999 р. на Міжнародному конгресі гастроентерологів у Римі, а самого автора було названо «батьком грижопластики». Проте цей спосіб герніопластики має низку недоліків: висока вибірковість травмування сім'яного канатика, необхідність накладання швів між неоднорідними тканинами (м'язовою та сполучною) та їхнє натягнення. РГ мали місце більш ніж у 15 % випадків. В Європі та Росії при косих грижах віддавали перевагу укріпленню передньої стінки ПК, а задню стінку укріплювали лише у разі прямих та складних гриж [15].

Метод Постемпського було рекомендовано лише для хворих похилого та старечого віку зі складними формами гриж або при рецидивних та «складних» формах ПК, оскільки при цьому грубо порушуються анатомо-топографічні взаємозв'язки ПК. При застосуванні цього методу має місце велика кількість післяопераційних ускладнень та рецидивів (до 20 %).

Тривалий час велику увагу приділяли вдосконаленню способу Кукуджанова, який також вважають оптимальним для хворих віком понад 60 років [13]. У 1945 р. на Міжнародному конгресі гастроентерологів у Вені як золотий стандарт прийнято метод E. Shouldice та його модифікацію за С. McVay (1948), який сприяв зниженню кількості РГ до 0,6—1,0 %. Основна відмінність цього методу — створення дуплікатори з поперечної фасції з шаровим відновленням ПК неперервним швом, що створює рівномірне натягнення тканин у місці пластики. Деякі автори вважають, що ця багатшарова пластика не має альтернативи для зазначе-

ної категорії хворих [30], проте вказують на технічні складнощі оперативного втручання, а саме: необхідність мобілізації сім'яного канатика, висічення м'яза, який піднімає яєчко, небезпека пошкодження судин при широкому розсіченні попереочної фасції, виконання чотирьохрядного шва із матеріалів, які не розсмоктуються. Це обмежує широке застосування методу. Крім цього, на думку В.І. Ороховського, зазначена методика є недостатньо анатомічною, оскільки передбачає підшивання попереочної фасції не до місця її природної фіксації (окістя горизонтальної гілки лобкової кістки, яка утворює гребінцеву зв'язку Купера), а до пахвинної зв'язки [21]. При широкому застосуванні методу рівень рецидивів досягав 15,5 % [15]. Після того як учень Дж. Лістера Н. Мерсу у 1871 р. обґрунтував важливу роль слабкості попереочної фасції, більшість хірургів почали відстоювати способи пластики задньої стінки ПК (Е. Бассіні, Н. Кукуджанов, Е. Шолдіс та ін.) [16].

Автопластичні методи оперативного лікування СГ ділять на стеговні, пахвинні та внутрішньоочеревинні доступи. Найпоширенішим є спосіб Bassini — Loswood, який приваблює своєю простотою (закривання стеговнього кільця за рахунок зшивання П-подібними швами пупартової зв'язки з лобковою), але після його застосування спостерігають близько 20 % рецидивів. Не менш часто рецидивує СГ після використання способів Rudgi, Reih, Parlavescchio [5].

Деякі хірурги задіюють різні види автотрансплантатів, а саме фасціальні оболонки (М. Kirschner, 1909, А. Wahgensteen, 1934), пасма окістя з великогомілкової та лобкової кісток (М. Kirschner, N. Baker, 1922), прямого м'яза живота (F. Schwarts, 18934) чи кравецького м'яза (J. De Garay, 1896) [15], деякі — ділянки деепітелізованої шкіри (твердої мозкової оболонки, сухожилля та м'язів) [9]. Одним із таких методів є спосіб М.Р. Desarda, який полягає у висіченні стрічки з апоневрозу зовнішнього косоного м'яза, якою укріплюють задню стінку ПК, зберігаючи її кровопостачання, що вирішує проблему натягу [9, 43]. При СГ деякі автори пропонують пластику СК ділянкою шкіри (J. Valenziano, 1965) [30], клаптом з передньої стінки прямого м'яза живота [25].

Застосовували також гетеротрансплантати: кісткові пластинки від інших хворих або тварин (М. Kirschner, N. Baker, 1922), консервовану трупну фасцію (И.С. Коган, 1948), ділянку очеревини від тварин (П.П. Хохлов, 1957), ділянку твердої мозкової оболонки (Taylor, 1920). Останній метод використовують і досі. За методом plug з гетеротрансплантатів застосовували ділянку окістя кроля (O. Zesas, 1920), сферичний шматок мармуру (N. Kelly, 1924), рулон стерильної марлі (O'Donovan, 1924), силастикову «запонку» (А. Кнох, К. Caldwell) тощо. Проте внаслідок агресії автоімунної системи спостерігали відторгнення гетеротрансплантатів [16].

Були спроби застосовувати срібну сітку (Witzel, 1889), пластини із золота, міді та інших сплавів (дюраль, електрон, сплав сталі і титану) (Busse, 1900). Отримано незадовільні результати через деформацію протеза, погану ригідність, важкість матеріалу та виражений дискомфорт. У другій половині ХХ ст., внаслідок розвитку хімічної промисловості, з'явилася можливість застосовувати полімерні матеріали. Так, у 1948 р. в Європі Don Acquaviva першим застосував нейлон, в 1956 р. Wolstenholme — дакрон (лавсан) [15].

У 1959 р. F. Usher вперше для грижопластики використав поліпропіленову сітку (ППС), що дало змогу вирішити проблему tension-free. Поліпропілен — це монофіламентний пористий матеріал, який володіє достатньою міцністю, еластичністю, не розсмоктується, біологічно та хімічно інертний, онкостійкий, не піддається дії лізисних ферментів і, як було досліджено експериментально та клінічно протягом 3 міс проростає фіброзною тканиною [9].

За хімічною структурою всі матеріали, які застосовують нині при алопластиці, можна розділити на чотири групи: 1) поліпропіленові, 2) поліестрові; 3) політетрафлюороетиленові, 4) полігліколеві (які розсмоктуються). Ідеального матеріалу на цей час не існує, оскільки кожний з них має свої недоліки та переваги і не відповідає встановленим вимогам для ідеального протезного матеріалу: резистентність, гнучкість, легкість проростання сполучною тканиною, стійкість до інфікування, міцність при інкорпорації в тканинах, легкість стерилізації та прийнятна ціна. Нині створюють композиторні матеріали, які за окремими параметрами наближуються до зазначених вимог [15].

Після доповіді I. Lichtenstein в 1993 р. про результати застосування його методу (3000 операцій, РГ — усього 4 випадки) його метод почали широко застосовувати. ППС розташовували позаду сім'яного канатика, фіксуючи до окістя лобкової кістки П-подібним швом. Потім фіксували неперервним швом до пахвинної зв'язки, вузловими швами — до внутрішнього косоного м'яза та піхви прямого м'яза живота. Наступним етапом зшивали «хвости» сітки двома П-подібними швами позаду сім'яного канатика. На думку багатьох дослідників, основними перевагами методу та його модифікації є відносна технічна простота, безпечність, можливість ранньої активізації хворих, що дає змогу використовувати його у неспеціалізованих хірургічних центрах [45] і є перспективним для застосування у хворих старечого та похилого віку [30]. РГ при первинній герніопластиці за цим методом становить 0,5—1,5 %, а при повторній — не більше ніж 7 %, зазвичай у період освоєння методу. Проте є думка, що застосування цієї методики потребують не більше 3—5 % хворих з ПГ.

У 70-ті роки минулого століття I. Lichtenstein та J. Shore заповнювали СК стрічкою хірургічної сіт-

ки Marlex у вигляді рулону [47]. S. Allan і R. Needle доповнили метод фіксацією рулону до щільних фасціальних-апоневротичних структур СК, щоб запобігти його зміщенню. Автори стверджували, що частота виникнення РГ у разі застосування таких «сигароподібних» імплантатів не перевищує 0,3 %. Проте у 80-ті роки з'явилися повідомлення про ускладнення, які розвивалися внаслідок неможливості повного проростання циліндричних імплантатів через їхню багат шаровість та щільність. А. Gilbert запропонував «вставку» у вигляді конуса plug, що лягло в основу розробки спеціальної герніологічної системи Prolene hernia System. Удосконалюючи спосіб plug, I. Rutkow і A. Robbins розробили поліпропіленовий конусоподібний імплантат з пам'яттю PerFix Plug, повздовжні складки якого у вигляді «пелюсток» зовнішнього рифленого шару стали більш гнучкими, що давало змогу імплантату краще адаптуватися до нерівностей гризового каналу та створювало можливість для його розташування безпосередньо в передочеревинному просторі, де імплантат самостійно утримується за рахунок внутрішньоочеревинного тиску [48]. У зв'язку з досить високою частотою поєднання СГ та ПГ (до 51 %) цей метод можна застосовувати для обох видів дефекту [42, 50]. У 1967 р. Rives запропонував глибоку «універсальну» алопластику ГПСДЖ, яка передбачає розміщення синтетичного імплантата в передочеревинному просторі позаду лонної кістки [5]. Деякі автори при порівнянні методик Lichtenstein та Stoppa перевагу віддають більш травматичній останній, особливо при білатеральних або комбінованих ГПСДЖ [36]. Однак частота РГ становить від 10 до 20 % [9]. Низка авторів взагалі не рекомендують використовувати алопластику при цій патології у хворих старечого та похилого віку, оскільки наявність атрофованих тканин не дає змоги достатньо міцно фіксувати сітку, що спричиняє розвиток таких ускладнень, як зсув та гофрування імплантата, хронічне запалення з частим виникненням гематом, сером, невралгії та нагноєнням рани, відторгненням імплантата та розвитком РГ [18] і больового синдрому в місці операції [39]. Такий синдром у літературі називають лонно-пахвовим больовим синдромом (pubic inguinal pain syndrome) або синдромом хронічного пахвинного болю (chronic inguinal pain syndrome) [41]. Синдром доволі інтенсивний [40], і в низці випадків є приводом для проведення повторних оперативних втручань [2, 14].

Пропонують способи імплантації алопротеза в ПК крізь мінідоступ [10, 33]. Так, були розроблені методи операцій з мінідоступа, прямого [31] чи передочеревинного [26] доступів. Проте немає чітких вказівок щодо величини розрізу (2—4 см і більше [26, 31]) та місця його розташування (в проекції внутрішнього чи зовнішнього пахвинного кільця [33]). Перевагами цих методів є зменшення травматичності, тривалість перебування в стаціонарі

до 1 дня, задовільний косметичний ефект, недоліками — технічна складність порівняно з операцією Lichtenstein, необхідність спеціального обладнання та інструментарію, складність застосування у хворих з ожирінням і рецидивними та невідправними пахвинно-калітковими грижами [33].

У США, починаючи з 1995 р., значного поширення набув метод E.E. Trabucco [33]. Проте оскільки імплантат розташований над апоневрозом і нефіксований, він часто мігрує, деформується і травмує навколишні структури, що спричиняє больові відчуття [7].

При застосуванні Prolene\* Hernia System (PHS) та Prolene\* 3D Patch (3DP) [46] вдається протезувати одночасно передню та задню стінки ПК. Проте частота РГ становить до 6 %. Цю методику недоцільно застосовувати у хворих старечого та похилого віку з великими та гігантськими рецидивними грижами на тлі ожиріння та цукрового діабету, бо неможливо досягти міцної фіксації сітки, внаслідок чого відбувається її міграція.

На думку інших авторів, більш безпечними є протези зі сплаву нікелід-титан, оскільки вони спричиняють менш виражену запальну реакцію і більш швидке колагеноутворення порівняно з проленом. Розташовуючи дугоподібні елементи ППС навколо глибокого пахвинного кільця, вдавалося досягти їх відповідності індивідуальним топографо-анатомічним особливостям задньої стінки ПК [32].

Наприкінці 1970-х розроблено методи лапароскопічної герніопластики (ЛГП). Так, у 1979 р. у США групою хірургів на чолі з R. Ger вперше виконано ЛГП шляхом закриття внутрішнього пахвинного кільця накладанням скобок ендостеплером, який проводили в черевну порожнину під контролем лапароскопа. В 1992 р. F.K. Toy, R.T. Smoot ендоскопічно фіксували ППС безпосередньо на очеревину, внаслідок чого виникли посилені спайковий процес, кишкові нориці та перитоніт. Найбільшу популярність набула розроблена в 1991 р. J.D. Corbitt методика трансабдомінальної передньоочеревинної грижопластики з імплантацією синтетичного ППС у просвіт ПК, але при цьому часто відбувалася міграція протеза в калитку, що призводило до РГ. У 1992 р. M.E. Arregui розташовував поліпропіленовий імплантат передочеревинно, прикріпивши його зверху до передньої черевної стінки живота, знизу — до окістя верхньої гілки лобкової кістки. Протез фіксують таким чином, що він вкриває ділянки можливого утворення косої, прямої, стегнової, надміхурової гриж [11]. Деякі дослідники вважають автором цієї методики R. Fitzgibbons — хірурга із Небраски (США). Із 59 оперативних втручань РГ отримано в одному випадку. Його послідовники також відзначають відсутність рецидивів чи мінімальну їхню частоту (0,1—2,2 %) та вказують на низку переваг, а саме: є операцією вибору у хворих з рецидивними пахвинними та СГ; дає змогу діагностувати та

хірургічно лікувати двобічні ГПСДЖ без розширення дисекції за рахунок прикриття дефектів з обох боків одним імплантатом з надміхуровим «містком» [11]; дає змогу проводити лапароскопічну ревізію органів черевної порожнини та виконувати симультанні операції; відсутність контакту з анатомічними структурами ПК [18]; низький ризик розвитку хронічного болювого синдрому; зменшення тривалості лікування в стаціонарі, мала травматичність; швидка соціальна та медична реабілітація пацієнтів [17]. Вважають, що завдяки впровадженню ендовідеоскопічних технологій вдається створити дві основні умови надійної пластики: укріплення задньої стінки ПК та використання способу пластики без натягу тканин [17]. До недоліків належать висока собівартість ЛГП, необхідність проведення загального знеболювання, створення напруженого пневмоперитонеуму, перебування хворого в положенні Тренделенбурга, що значно підвищує анестезіологічний ризик у пацієнтів похилого і старечого віку. Деякі автори вважають ЛГП безперспективною [17, 30]. Інтраабдомінальні маніпуляції часто спричиняють небезпечні ятрогенні ушкодження внутрішніх органів та судин [3], скупчення рідини в калитці у вигляді сероми чи гематоми. На думку інших хірургів, ускладнення після лапароскопічної герніопластики більш тяжкі та небезпечні для хворого, а саме гостра кишкова непрохідність, кишкові нориці та перитоніт, кровотечі з великих судин, невралгії [34], атрофія яєчка, сечові нориці та міграція ППС у сечовий міхур. Останнім часом з'явилися публікації, в яких йдеться про велику частоту ранніх рецидивів (15–20 %) та ускладнень (2,5 %) при ЛГП, яка істотно не відрізняється від такої при виконанні традиційних методик. Виникає питання про доцільність широкого застосування ЛГП при ПГ. Для профілактики ускладнень та рецидивів при ЛГП пропонують обережно препарувати тканини з використанням сучасних високотехнічних засобів дисекції та коагуляції (високоінтенсивне лазерне випромінювання). Деякі автори пропонують використовувати цей метод у хворих старечого та похилого віку у вигляді малогазованої лапароскопії з локальним ліфтингом.

Оскільки зазначені способи (Gilbert, Kugel, Stoppa, Lichtenshtein, лапароскопічні) не забезпечують надійного укріплення задньої стінки ПК у хворих старечого та похилого віку [36], деякі автори вказують на можливість застосування екстраперитонеального способу пластики [17]. Вважають, що вперше преперитонеальну ендовідеогерніопластику запропонував в 1999 р. Ferzli [9]. При цьому методі очеревину з гризовим мішком відшаровують за допомогою нагнітання газу в преперитонеальний простір. Далі імплантат фіксують так, щоб він вкривав усі «слабкі» місця цієї ділянки [10]. Останнім часом набула поширення методика передчеревинного розміщення ППС

екстраперитонеальним доступом, запропонованим J. McKernan. Його перевагами вважають відсутність ускладнень, пов'язаних з втручанням у черевну порожнину, можливість відмови від загальної анестезії і пневмоперитонеуму [17, 18], можливість застосовувати при рецидивних білатеральних ПГ [17] та СГ, що має велике значення для хворих старечого та похилого віку [33], оскільки порівняно із способом за Lichtenstein цей метод сприяє ранішому відновленню фізичної активності та зменшенню кількості післяопераційних ускладнень [27, 28]. На жаль, цей вид герніопластики досить трудомісткий і тривалий, виключає можливість виконання одночасних внутрішньоочеревинних операцій. Візуально можна не помітити перфорацію очеревини, що може призвести до контакту імплантата з органами черевної порожнини. Метод потребує спеціального обладнання [37].

Прагнення хірургів обрати оптимальний метод лікування ПГ залежно від їхнього типу і наявності рецидиву знайшло відображення в рекомендаціях Європейської асоціації герніологів (ЕАГ) та в матеріалах 4-го Міжнародного конгресу герніологів (Берлін, 2009) [46]. Більшість авторів зазначають, що вибір методу оперативного втручання залежить від виду грижі. Для систематизації вибору запропоновано багато класифікацій. На теренах Радянського Союзу тривалий час дотримувалися класифікації Кримова, а потім — Кукуджанова. Перший надавав увагу косим грижам [12], а другий — прямим [13]. Із середини ХХ ст. почали враховувати ступінь деформації внутрішнього пахвинного кільця та руйнування поперечної фасції. В 1967 р. Casten серед косих гриж виділив дві групи — з нормальним та зруйнованим пахвинним кільцем. С. McVay, А. Gilbert, V. Schumpelick [50] розрізняли типи ПГ залежно від діаметра грижових воріт, окремо виділяли комбіновану (пряма + коса грижі) грижу та СГ. На 1-й Міжнародній конференції на тему «Современные методы герниопластики и абдоминопластики с применением полимерных имплантантов» (2003) [1] одностайно прийнято резолюцію про використання хірургами останньої класифікації L. Nychus: 1) коса грижа з недеформованим пахвинним кільцем; 2) коса середина з розширеним і деформованим внутрішнім пахвинним кільцем без руйнування задньої стінки, не опускається в калитку; 3) пряма грижа без руйнування внутрішнього пахвинного кільця; 4) велика коса пахвинно-калиткова грижа з дефектом задньої стінки; 5) СГ; 6) РГ: А — пряма, В — коса, С — стегова, D — будь-яка комбінація цих рецидивів. Класифікація стала базою для інших розробок. R. Bendavid у своїй класифікації, яка отримала назву TSD (Type, Staging, Dimension), за розміром дефекту та ступенем опускання грижового мішка в калитку розділив грижі відносно пахвинної зв'язки на передню та задню, відносно епігастральних судин — на медіальну та латеральну.

Подібні критерії для своєї класифікації застосовував R. Zollinger, який виділив 0-тип — усі інші грижі: СГ у поєднанні з прямою і/чи косою ПГ, периваскулярні грижі, грижі з дефектом стінки каналу. Н.І. Спасокукоцький (1911), Ю.А. Созон-Ярошевич (1927), П.О. Герцен (1924), П.Н. Напалков (1939), Н.З. Монаков (1959), К.Д. Тоскин і В.В. Жебровський в основу класифікації поклали топографо-анатомічний принцип (коса грижа — виходить крізь латеральну виїмку, пряма — крізь медіальну, надміхурова — крізь надміхурову виїмку). С.І. Ємельянов та співавт. розробили класифікацію, базуючись на топографо-анатомічній дислокації анатомічних структур задньої стінки ПК (нижні надчеревні судини, елементи сім'яного канатика), що необхідно враховувати при виборі методики ендовідеохірургічної ендовідеогерніопластики — шовної, імплантаційної чи комбінованої. П.Н. Олейников та співавт. свою класифікацію пахвинних гриж удосконалив клінічними формулюваннями: розміри, вправимість, наявність защемлення та запалення [19].

Спираючись на рекомендації ЄАГ для вибору методу операції при ПГ потрібно враховувати тип грижі за міжнародною класифікацією Gilbert — Rutkow. Так, для гриж I та II типу слід застосовувати пластику за Shouldice, при пластичі гриж III типу рекомендують використання методів за Rutkow — Robbins (plug and patch) чи Lichtenshtein з анулорафією глибокого пахвинного кільця, при грижах IV та VI типу — «відкриті» преперитонеальні методи пластики (Gilbert, Kugel, PHS — проленова герніопластика) та лапароскопічні — трансабдомінальні та екстраперитонеальні, при стегонових грижах (VII тип) — пластику за методом Rutkow або PHS. Етапи операцій при косих та прямих ПГ з використанням PHS дещо відрізняються: при прямих потрібно виконати циркулярне розсічення поперекової фасції для розміщення в передочеревинному просторі заднього листка [44].

Для оцінки адекватності вибору методу алопластики при РГ (VIII тип) одні спеціалісти пропонують використовувати класифікацію G. Sampanelli: 1) R1 — «висока» (висока коса зовнішня вправима грижа з дефектом розміром до 2 см): ставити «заглушку» в глибоке пахвинне кільце за методом Gilbert; 2) R2 — «низька» (пряма вправима грижа з дефектом розміром до 2 см): застосовувати препе-

ритонеальну пластику за Wantz, далі — за Lichtenshtein чи Trabucco; 3) R3 — великий дефект за типом «пахвинної евентрації» — застосовувати преперитонеальну чи трансабдомінальну ЛП [41]. Проте в останніх публікаціях рекомендують при грижах I—II типу застосовувати автопластику Марсі + Мартинова у жінок, Марсі + Жирара — Кімбаровського або Бассіні, Шолдіса у чоловіків чи трансабдомінальну ЛП, при грижах III—V типу — автопластику за Бассіні, Шолдісом або трансабдомінальну ЛП, Lichtenshtein, PHS, при грижах VI, VII типу — алопластику за Lichtenshtein, PHS; при грижах VIII типу (стегонова) — автопластику за Бассіні чи один з видів преперитонеальної герніопластики [44].

Інші хірурги дотримуються класифікації видів рецидивів ПГ за Жебровським: 1) рецидивна коса ПГ, яка проходить крізь глибоке пахвинне кільце діаметром 3—4 см (латеральний рецидив). Спостерігається переважно при пластичі за Постемпським. Причина — недостатньо щільне зшивання тканин навколо сім'яного канатика при формуванні глибокого кільця; 2) медіальний рецидив після грижосічення з приводу прямої ПГ унаслідок розходження швів між пупартовою зв'язкою та внутрішнім листком апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота (після пластики за Постемпським); 3) надлобковий рецидив у місці зовнішнього отвору ПК, який спостерігається при слабкості та дефекті задньої стінки (після пластики передньої стінки ПК); 4) проміжний рецидив у формі гриба, розташований у середній частині трикутника Гесельбаха з повним руйнуванням задньої стінки; 5) пряма ПГ при так званому хибному рецидиві, не пов'язана з попередньою операцією з приводу косої ПГ, чи розвиток СГ, не діагностованої при первинній операції.

### Висновки

Дискусія про необхідність застосування безтатяжних методів герніопластики у хірургії гриж триває.

Немає оптимальної класифікації ГПСДЖ, яка дала б змогу обрати оптимальний метод лікування з великої кількості способів їх оперативної корекції.

Універсального методу хірургічного лікування зазначеної патології не існує.

Думки авторів про переваги та недоліки сучасних методів хірургічного лікування ПГ є суперечливими.

### Література

1. Адамян А.А. К вопросу о классификации паховых грыж / А.А. Адамян, А.В. Федоров, Б.Ш. Гогия // Хирургия.— 2007.— № 11.— С. 44—45.
2. Белянский Л.С. Интерпретация рекомендаций Европейской ассоциации герниологов по проблемам лечения паховой грыжи

/ Л.С. Белянский, И.М. Тодуров // Клиническая хирургия.— 2010.— № 3.— С. 5—9.

3. Борисов А.Е. Результаты лапароскопической герниопластики / А.Е. Борисов, С.Е. Митин / Материалы межрегион. конф. «Современное состояние и перспективы герниологии» // Герниология.— 2008.— № 3.— С. 14.
4. Василюк С.М. Гістологічна та ультраструктурна оцінка зовнішнього косоного м'яза живота при паховій грижі у людей старшого

- віку / С.М. Василюк, В.А. Левицький, О.В. Пруднікова // Укр. журн. хірургії.— 2010.— № 1.— С. 21—24.
5. Вибір методу лікування стегової грижі / А.М. Бартош, В.В. Арсенюк, Д.С. Васильянов, І.І. Войтенко // AML.— 2009.— Т. 15, № 3.— С. 106—108.
  6. Выбор метода хирургического лечения паховых грыж / В.А. Стунин, В.В. Лаптев, С.В. Михайлугов [та ін.] // Хирургия.— 2009.— № 11 (53).— С. 53—57.
  7. Герниопластика по Трабукко в лечении паховых грыж / И.В. Федоров, О.К. Поздеев, А.Л. Федоров, Э.М. Рамазанов // Практ. медицина.— 2011.— Т. 49, № 2.— С. 96—98.
  8. Гогия Б.Ш. Лечение грыж передней брюшной стенки с использованием эндопротезов PROLENE Hernia System (PHS) и СА.В.5.Аіг / Б.Ш. Гогия, А.А. Адамян, Р.Р. Аляутдинов // Материалы 1-й Международ. конф. «Современные технологии и возможности реконструктивно-восстановительной и эстетической хирургии» / Под ред. В.Д. Федорова, А.А. Адамяна.— М., 2008.— С. 101.
  9. Грещило О.О. Порівняльна оцінка авто- і алопластичних спеціальних методів лікування первинної пахвинної грижі: Дис. ...канд. мед. наук: 14.01.03 «Хірургія» / О.О. Грещило.— Вінниця, 2011.— 226 с.
  10. Колесников С.А. Малоинвазивные инновационные технологии в лечении паховых, бедренных и грыж тазового дна / С.А. Колесников, О.С. Колесников, С.Г. Горелик // Укр. журн. хірургії.— 2009.— № 2.— С. 79—83.
  11. Коровин А.Я. Эндохирургическое лечение двусторонних паховых грыж / А.Я. Коровин, Б.В. Выступец, Д.В. Туркин // Укр. журн. хірургії.— 2011.— № 5.— С. 118—121.
  12. Крымов А.П. Учение о грыжах / А.П. Крымов.— Л., 1929.— 551 с.
  13. Кукуджанов Н.И. Паховые грыжи / Н.И. Кукуджанов.— М.: Медицина, 1969.— 440 с.
  14. Микитюк С.Р. Безнатяжный метод «plug» в лікуванні стегової грижі відкритим способом: еволюція поглядів / С.Р. Микитюк, В.В. Власов // Клін. хірургія.— 2010.— № 9.— С. 59—63.
  15. Милоков В.Е. Пути профилактики пахово-генитальной невралгии при устранении паховых грыж / В.Е. Милоков, Т.К. Калантарев, С.В. Комаров // Герниология.— 2007.— № 3 (15).— С. 43—44.
  16. Митин С.Е. Дифференцированный подход к применению новых технологий при оперативном лечении паховых грыж: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 «Хирургия» / С. Митин.— СПб, 2002.— 125 с.
  17. Нестеренко Ю.А. Выбор метода пластики пахового канала при плановых операциях / Ю.А. Нестеренко, С.А. Сайбулаев // Хирургия.— 2008.— № 12.— С. 35—39.
  18. Ничитайло М.Е. Лапароскопическая герниопластика в лечении сложных и рецидивных паховых грыж / М.Е. Ничитайло, И.И. Булык // Укр. журн. хірургії.— 2011.— № 2 (11)— С. 57—59.
  19. Ничитайло М.Е. Современные аспекты эндохирургического лечения сложных и рецидивных паховых грыж / М.Е. Ничитайло, И.И. Булык // Клін. хірургія.— 2010.— № 3 — С. 10—16.
  20. Оптимізація вибору способу герніопластики пахових гриж / С.М. Піотрович, М.І. Тутченко, О.В. Васильчук, І.В. Клязко // Укр. журн. хірургії.— 2011.— № 2 (11).— С. 64—68.
  21. Орехов Г.И. Послеоперационные серомы грыжевого мешка после лапароскопической герниопластики пахово-мошоночных грыж / Г.И. Орехов // Эндоскопическая хирургия.— 2007.— № 6.— С. 31—33.
  22. Особенности классификаций грыж в современной хирургии (обзор литературы) / А.В. Протасов, О.В. Бада-Горяев, В.А. Мацак [и др.] // Эндоскоп. хирургия.— 2007.— № 4.— С. 49—52.
  23. Островский В.К. Роль возрастного фактора при паховых грыжах / В.К. Островский, И.Е. Филимончев // Теоретическая и клиническая медицина.— 2011.— Т. 92, № 6.— С. 844—845.
  24. Островский В.К. Факторы риска рецидивов паховых грыж / В.К. Островский, И.Е. Филимончев // Хирургия.— 2010.— № 3.— С. 45—48.
  25. Пластика глубокого стегового кільця клаптом із передньої стінки пізви прямого м'язу живота / Г.Я. Костюк, Д.В. Цигалко, В.Ф. Цигалко, А.В. Дусик // AML.— 2009.— Т. 15, № 3.— С. 10—12.
  26. Подолужный В.И. Грыжесечение при паховых грыжах из минидоступа, технология и отдаленные результаты / В.И. Подолужный, С.Б. Старченков, В.В. Павленко // Герниология.— 2007.— № 3 (15).— С. 23—25.
  27. Преперитонеальный надпаховый доступ с протезированием передней брюшной стенки в лечении сложных форм ущемленных паховых грыж / А.В. Федосеев, С.В. Леонченко, М.И. Фабер, С.Ю. Муравьев // Вестн. хирургии.— 2010.— Т. 169, № 2.— С. 74—77.
  28. Радикальная позадилоная простатэктомия с одновременной пластикой паховой грыжи из предбрюшинного доступа / Д.Ю. Пушкар, Л.Г. Раднаев, А.В. Говоров [и др.] // Урология.— 2010.— № 5.— С. 18—22.
  29. Результати операційних втручань із застосуванням сітчастих алотрансплантатів у пацієнтів з пахвинними грижами (десятирічний досвід) / В.Г. Мішалов, А.О. Бурка, Л.Ю. Маркулан [та ін.] // AML XL — 2009.— № 3.— С. 78—83.
  30. Семенцов К.В. Современные способы пластики паховых грыж / К.В. Семенцов, А.Н. Курицын // Эндоскоп. хирургия.— 2007.— № 1.— С. 85—86.
  31. Серебренников В.В. Операции из минидоступа при паховых грыжах в амбулаторной практике / В.В. Серебренников, А.И. Баранов // Герниология.— 2008.— № 1 (17).— С. 35.
  32. Способ восстановления задней стенки пахового канала устройством из никелид-титана при неущемленных приобретенных паховых грыжах / А.С. Аладин, А.В. Чукичев, В.Э. Понтер [и др.] // Хирургия.— 2008.— № 3.— С. 37—42.
  33. Способ паховой герниопластики из минидоступа / С.В. Шалашов, Л.К. Куликов, О.А. Буслаев [и др.] // Сиб. мед. журн.— 2009.— № 7.— С. 223—225.
  34. Сравнительная характеристика различных методов герниопластики по поводу паховых грыж / В.П. Крышень, А.В. Кудрявцев, В.А. Мушинин [и др.] // Клін. хірургія.— 2010.— № 3.— С. 24—26.
  35. Федосеев А.В. К вопросу оперативного лечения грыжи пахово-бедренной области у лиц пожилого и старческого возраста / А.В. Федосеев, С.В. Леонченко, М.И. Фабер // Клін. геронтология.— 2007.— № 7.— С. 30—33.
  36. Філіп М.С. Особливості хірургічного лікування складних пахвинних гриж та профілактика післяопераційних ускладнень / М.С. Філіп: Автореф. ... дис. кан. мед. наук.— К., 2010.— 16 с.
  37. Эндоскопическая ассистенция при мини-инвазивной паховой герниопластики / С.Г. Григорьев, Е.П. Кривошеков, В.Е. Романов [и др.] // Эндоскоп. хирургия.— 2007.— № 3.— С. 15—20.
  38. A «self adhering» prosthesis for hernia repaired: experimental study / G. Champault, C. Polliand, F. Dufuor [et al.] // Hernia.— 2009.— Vol. 13, N 1.— P. 49—52.
  39. A role for the collagen I/III and MMP-1/-13 genes in primary inguinal hernia / R. Rosch, U. Klinge, S. Zhongyi [et al.] // BMC Med. Genet.— 2002.— N 3.— P. 2—9.
  40. Assessment of pain / H. Breivik, P.C. Borchgrevink, M. Allen [et al.] // Br. J. Anaesthesia.— 2008.— Vol. 101 (1).— P. 17—24.
  41. Campanelli G. Pubic inguinal pain syndrome: the so-called sports hernia / G. Campanelli // Br. J. Anaesthesia.— 2010.— Vol. 14, N 1.— P. 1—4.
  42. Chan G. Long-term results of a prospective study of 225 femoral hernia repairs: indications for tissue and mesh repair / G. Chan, C.K. Chan // Am. Coll. Surg.— 2008.— Vol. 207, N 3.— P. 360—367.
  43. Desarda M.P. Physiological repair of inguinal hernia: a new technique (study of 860 patients) / M.P. Desarda // Hernia.— 2009.— N 2.— P. 143—146.
  44. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients / M.P. Simons, T. Aufenacker, M. Bay-Nelsen [et al.] // Surg. Clin. N. Fv.— 2009.— Vol. 13.— P. 343—403.
  45. Lichtenstein I.L. Herniorrhaphy. A personal experience with 6321 cases / I.L. Lichtenstein // Am. J. Surg.— 1987.— Vol. 153.— P. 553.
  46. Materialis of 4-th Internatinal Hernia Congress. Joint of the meeting AHS and ENS (Berlin, Germane, 9—12 Sept., 2009).— Berlin, 2009.— 82 p.
  47. Matthews R.D. Inguinal hernia in the 21st century: an evidence-based review / R.D. Matthews, I. Neumayer // Curr. Probl. Surg.— 2008.— Vol. 45, N 4.— P. 261—312.
  48. Millikan K.W. A long-term evaluation of the modified mesh-plug hernioplasty in over 2000 patients / K.W. Millikan, A. Doolas // Hernia.— 2008.— Vol. 12, N 3.— P. 257—260.
  49. Schumpelick V. Recurrent Hernia-Prevention and Treatment / V. Schumpelick, R.J. Fitzgibbons.— Springer, 2007.— P. 28.
  50. Yoo H.— G. The diagnostic concordance of femoral hernia and the factors influencing diagnosis / H.-G. Yoo, K.-M. Lee, U.-J. Choi // J. Korean Surg. Soc.— 2009.— Vol. 76, N 3.— P. 179—186.

О.О. Воровский

## АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПАХОВО-БЕДРЕННОЙ ОБЛАСТИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Освещены исторические и современные практические аспекты лечения грыж пахово-бедренной локализации. Остаются дискуссионными вопросы о необходимости применения безнатяжных методов герниопластики и месте каждого из них в хирургии грыж. До сих пор отсутствует оптимальная классификация паховых грыж, без которой не возможно индивидуализировать и унифицировать хирургическую тактику. Натяжные методы являются основными при оперативном лечении бедренной грыжи, результаты применения безнатяжного метод plug отечественными хирургами из-за немногочисленных публикаций указать невозможно. Отсутствует тактическая доктрина при выборе метода лечения паховых грыж, а мнения разных авторов о преимуществах и недостатках современных методов хирургического устранения паховых и бедренных грыж противоречивы, что свидетельствует об отсутствии разработанной методики в лечении данного заболевания, которая соответствовала бы всем требованиям сегодняшнего дня.

**Ключевые слова:** грыжи пахово-бедренной области, герниопластика, больные пожилого и старческого возраста.

O.O. Vorovskyi

## CURRENT ISSUES IN OPERATIVE TREATMENT INGUINAL-FEMORAL HERNIAS IN ELDERLY AND SENILE

The historical and practical aspects of modern treatment of inguinal-femoral hernia is highlighted. The questions about need for non-tension hernioplasty methods and place of each of them in hernia surgery are still controversial. There is still no optimal classification of inguinal hernias, without which it is not possible to personalize and unify the surgical approach. Tension are the main methods in the surgical treatment of femoral hernia, the results of applying the non-tension «plug» method by domestic surgeons can not be specified because of the few publications. There is no tactical doctrine when considering treatment of inguinal hernias, and the views of various authors on the advantages and disadvantages of modern methods of surgical plastic of inguinal and femoral hernias are contradictory, indicating the absence of the developed technique in this disease treatment, which would be consistent with the requirements of the present day.

**Key words:** hernia of inguinal-femoral area, hernioplasty, elderly and senile patients.