



В. Г. Мішалов<sup>1</sup>, С. М. Гойда<sup>1</sup>, І. М. Лецишин<sup>1</sup>, Л. Ю. Маркулан<sup>1</sup>,  
О. В. Балабан<sup>1</sup>, А. О. Бурка<sup>1</sup>, Р. В. Гонза<sup>1</sup>, С. М. Вамуш<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

<sup>2</sup> Олександрівська клінічна лікарня міста Києва

## РЕЗУЛЬТАТИ ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ СІТЧАСТИХ АЛОТРАНСПЛАНТАТІВ У ПАЦІЄНТІВ З ПАХОВИМИ ГРИЖАМИ

**Мета роботи** — встановити причини незадовільних результатів лікування пацієнтів з паховими грижами та розробити рекомендації щодо профілактики ускладнень і поліпшення результатів лікування в таких хворих.

**Матеріали і методи.** У 2003—2017 рр. прооперовано 1661 пацієнта з паховими грижами, з них 1477 (88,9%) чоловіків, 184 (11,1%) жінки віком від 16 до 98 років. Використовували класифікацію пахових гриж Nyhus (1993). Первинні грижі спостерігали в 1429 (86%) випадках, рецидивні — в 232 (14%). З приводу защемлення прооперовано 131 (7,9%) пацієнта. Пластику пахового каналу власними тканинами проводили за методами Bassini, Girard — Спасокукоцького, Shouldice та Постемпського, алопластику — за Lichtenstein, Gilbert, Rutkov—Robbins. При білатеральних прямих пахових грижах застосовували пластику за Stoppa.

**Результати та обговорення.** Пахові грижі I типу виявлено у 73 (4,4%) пацієнтів, II типу — у 415 (25,0%), IIIA типу — у 619 (37,3%), IIIB типу — у 228 (13,7%), IIIC типу — у 75 (4,5%), IV типу — у 252 (15,1%), ковзні грижі — у 254 (15,3%) випадках. У 94 (5,5%) пацієнтів діагностовано білатеральні пахові грижі. У 67 хворих оперативні втручання виконали одномоментно, у 25 — у два етапи. Оцінку результатів лікування проводили шляхом порівняння інтраопераційних, ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень і тривалості стаціонарного лікування.

**Висновки.** При проведенні герніопластики застосування сітчастих трансплантатів має переваги: частота ускладнень при автопластиках становила 16,8%, при алопластиках — 6,6%. Незадовільні віддалені результати лікування спричинені неправильним вибором способу пластики пахового каналу (6%) і технічними помилками під час операції (1,6%). Для поліпшення результатів лікування слід застосовувати індивідуальний підхід до вибору способу пластики пахового каналу.

■ **Ключові слова:** пахові грижі, оперативне лікування, післяопераційні ускладнення.

Хірургічне лікування гриж передньої черевної стінки — актуальна проблема абдомінальної хірургії. Це зумовлено поширеністю цієї патології, ймовірністю виникнення небезпечних ускладнень, великою частотою рецидивів. Частка пахових гриж становить 75—80% від усіх гриж живота [6, 7]. За останні десятиріччя у зв'язку зі збільшенням кількості післяопераційних вентральних гриж відносна частота пахових гриж дещо зменшилася [2, 13].

Операції з приводу пахових гриж посідають перше місце серед планових оперативних втручань у загальнохірургічних стаціонарах [8, 10]. Існує понад сто методів оперативного лікування пахових гриж, більшість з них — це пластика пахового каналу власними тканинами. Проте жодна з автопластик не отримала загального визнання,

оскільки частота рецидивів пахових гриж залишається великою: 6,2—10,2% після первинної герніопластики і 12,0—16,0% після повторної [5, 14].

Широке впровадження синтетичних матеріалів для пластики пахових гриж поліпшило результати лікування пацієнтів з цією патологією, однак повністю не вирішило проблему [4, 9]. Існує ризик виникнення специфічних ускладнень, пов'язаних з імплантацією чужорідного тіла: можливе інфікування протеза, рецидиви гриж унаслідок деформації або міграції протеза, формування спайок і кишкових нориць при контакті з вмістом черевної порожнини [1]. Як і раніше, перед хірургами постає питання вибору способу герніопластики.

**Мета роботи** — встановити причини незадовільних результатів лікування пацієнтів з пахови-



Рис. 1. Розподіл кількості операцій з приводу гриж передньої черевної стінки за роками

ми грижами та розробити рекомендації щодо профілактики ускладнень і поліпшення результатів лікування в таких хворих.

#### МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Проведено аналіз результатів оперативних втручань у пацієнтів з грижами передньої черевної стінки, які перебували на лікуванні в хірургічному відділенні Центральної міської клінічної лікарні (нині — Олександрівська клінічна лікарня м. Києва) — клінічній базі кафедри хірургії № 4 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця в період з 2003 до 2017 р. За цей період проведено 2857 (16,8 % від усіх операцій) хірургічних втручань пацієнтам з грижами передньої черевної стінки (рис. 1).

Пахові грижі діагностовано у 1661 (59,6 %) пацієнта, післяопераційні — у 554 (19,9 %), пупкові — у 485 (17,4 %), стегнові — у 34 (1,2 %), грижі інших локалізацій — у 53 (1,9 %).

Пацієнти з паховими грижами становили більшість серед прооперованих з приводу гриж черевної стінки (рис. 2), з них чоловіків було 1477 (88,9 %), жінок — 184 (11,1 %). Вік хворих — від 16 до 98 років, середній вік — 48,6 року.

Первинні грижі діагностовано в 1429 (86 %) випадках, рецидивні — в 232 (14 %). З приводу защемлення в ургентному порядку прооперовано 131 (7,9 %) пацієнта з паховими грижами.

Планові операції проводили після попереднього обстеження хворих, яке передбачало лабораторне дослідження, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, фіброгастроуденоскопію,

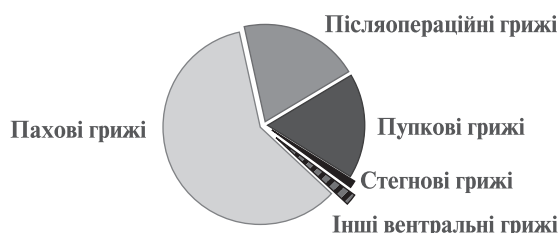


Рис. 2. Розподіл пролікованих пацієнтів залежно від локалізації грижі (n = 1674)

електрокардіографію, оглядову рентгенографію органів грудної клітки. У пацієнтів з грижею великого розміру та патологією дихальної системи визначали показники функції зовнішнього дихання. У разі потреби за наявності супутньої патології хворих консультували суміжні спеціалісти.

При защемлених грижах обсяг обстежень обмежувався виявленням ускладнень і визначенням ступеня порушень гомеостазу для встановлення обсягу та забезпечення невідкладного оперативного втручання.

Пластику пахового каналу власними тканинами в більшості випадків проводили за методами Bassini, Girard — Спасокукоцького, Постемпського, Shouldice. Пластику за допомогою сітчастих алотрансплантатів виконували за Lichtenstein та Gilbert, рідше — за Rutkov — Robbins. При білатеральних прямих пахових грижах здійснювали пластику за Stoppa. Як алотрансплантат використовували переважно поліпропіленові ендопротези виробництва Ethicon та «Лінтекс».

#### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Для пластики гризових воріт з 2003 р. у клініці широко застосовують поліпропіленові алотрансплантати (рис. 3). Пластику гризових воріт власними тканинами проведено у 417 (25,1 %) пацієнтів, алопластику — в 1244 (74,9 %).

У дослідженні використовували класифікацію пахових гриж за Nyhus (1993). Пахові грижі I типу виявлено у 73 (4,4 %) пацієнтів, II типу — в 415 (25,0 %), IIIA типу — в 619 (37,3 %), IIIB типу — у 228 (13,7 %), IIIC типу — в 75 (4,5 %), IV типу — у 251 (15,1 %) (рис. 4).

Невправимі грижі спостерігали у 89 (5,4 %) хворих. Доопераційна діагностика невправимих гриж означала труднощі при розкритті гризового мішка, спричинені ризиком пошкодження фіксованих у ньому органів; потребувала розсічення спайок та ретельного контролю гемостазу.

Ковзні грижі виявлено в 254 (15,3 %) випадках. Найчастіше стінкою гризового мішка був сечовий міхур (n = 201), рідше — сигмоподібна кишка (n = 53). Виявлення ковзної грижі до операції та під час хірургічного втручання зумовлювало обе-

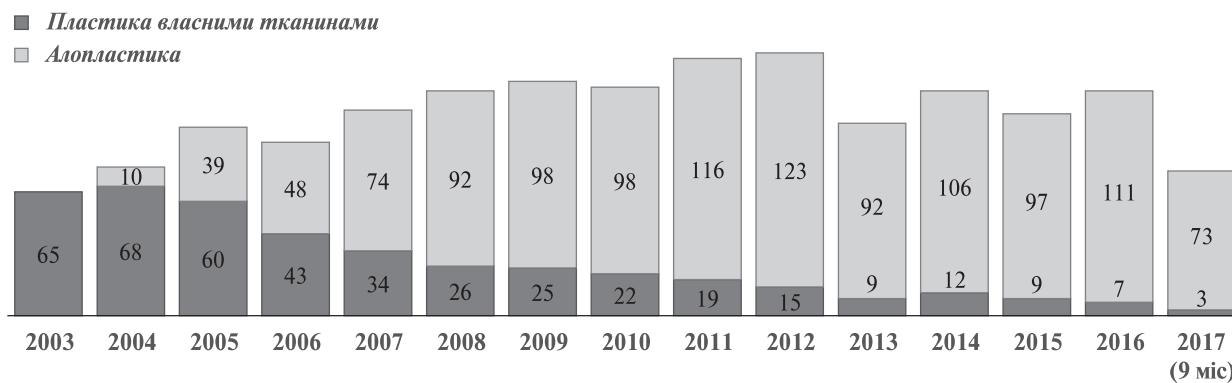


Рис. 3. Розподіл кількості операцій з приводу пахових гриж залежно від способу пластики гризових воріт у 2003—2017 рр.

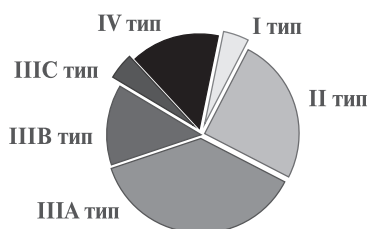


Рис. 4. Розподіл кількості пацієнтів з паховими грижами залежно від типу грижі за Nyhus (1993)

режність під час виділення, розкриття та відсічення гризового мішка, що дало змогу уникнути пошкоджень ковзних органів. У 92 (5,5%) пацієнтів діагностовано білатеральні пахові грижі. Оперативні втручання виконували одномоментно ( $n = 67$ ) або у два етапи ( $n = 25$ ).

Вибір способу пластики пахового каналу визначався типом грижі, розмірами гризових воріт, віком пацієнта, станом тканин передньої черевної стінки, наявністю защемлення, бажанням хворого і можливістю придбання сітчастого трансплантата.

При пахових грижах I і II типу за Nyhus переважно виконували герніопластику за Girard — Спасокукоцьким, Bassini, Shouldice, рідше проводили пластику пахового каналу за Lichtenstein. У декількох випадках застосували методику plug за Rut-

kov — Robbins. При пахових грижах IIIA, IIIB і IIIC типу здійснювали пластику задньої стінки пахового каналу власними тканинами, або алотрансплантатами. У пацієнтів з білатеральними паховими грижами при одномоментних операціях у всіх випадках проводили алопластику гризових воріт. У 23 випадках виконали пластику за Lichtenstein. У 14 хворих з білатеральними прямими паховими грижами (у 4 з післяопераційними вентральними грижами) проведено герніопластику за Stoppa. При пахових грижах IV типу переважно застосовували алопластику сітчастими протезами за Lichtenstein або Gilbert. До впровадження алопластичних способів при рецидивних пахових грижах виконували герніопластику власними тканинами (за Постемпським, Bassini, Кукуджановим).

При защемленнях пахових гриж на вибір способу пластики, окрім зазначених критеріїв, впливали час з моменту защемлення та наявність ускладнень. Якщо оперативне втручання проводили до 12 год від початку защемлення та за відсутності деструктивних змін у защемленому органі, то перевагу віддавали герніопластиці сітчастими трансплантатами за Lichtenstein. Нами проведено 34 таких операцій. У пізніші строки від початку защемлення через високий ризик інфікування післяопераційної рани пластику гризових воріт проводили власними тканинами. Автогерніопластики

Таблиця 1  
Ускладнення, які виникли в ранній післяопераційний період

Ускладнення	Автогерніопластика (n = 417)	Алогерніопластика (n = 1244)
Інтраопераційне пошкодження магістральних судин	2 (0,5%)	0
Набряк калитки	22 (5,3%)	32 (2,6%)
Серома в ділянці післяопераційної рани	21 (5,0%)	18 (1,5%)
Гематома підшкірної клітковини	19 (4,6%)	22 (1,8%)
Нагноєння післяопераційної рани	16 (3,9%)	10 (0,8%)
Усього	70 (16,8%)	82 (6,6%)

Т а б л и ц я 2  
Віддалені результати лікування пацієнтів  
з паховими грижами

Результат	Автогерніопластика (n = 84)	Алогерніопластика (n = 122)
Добрий	53 (63,1 %)	96 (78,7 %)
Задовільний	26 (30,9 %)	24 (19,7 %)
Незадовільний	5 (6,0 %)	2 (1,6 %)

за Girard — Спасокукоцьким та Постемпським виконано 47 пацієнтам із защемленою грижею.

Оцінку результатів лікування пацієнтів з паховими грижами проводили шляхом порівняння інтраопераційних, ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень і тривалості стаціонарного лікування.

Дані щодо ранніх післяопераційних ускладнень наведено в табл. 1.

Віддалені результати лікування оцінювали шляхом анкетування пацієнтів у строки від одного до чотирьох років після проведення оперативного втручання. Проаналізовано 206 (34,4 %) анкет (автогерніопластика — 84 випадки, застосування сітчастих трансплантатів — 122). Результати лікування вважали незадовільними у разі виникнення рецидиву грижі, атрофії яєчка, стійких порушень статевої функції або ситуацій, які були приводом для повторного проведення хірургічного втручання (лігатурні нориці). Результати вважали задовільними у разі періодичного виникнення болю і неприємних відчуттів у ділянці проведення операції (табл. 2).

*Конфлікту інтересів немає.*

*Участь авторів: концепція і дизайн дослідження — В. М.; збір і обробка матеріалу — І. Л., Л. М., О. Б., С. В.; написання тексту — С. Г., А. Б.; редагування — С. Г., Р. Г.*

## Література

- Бобров О. Е., Мендель Н. А. Выбор способа герниопластики при паховых грыжах // II Всеукр. науч.-практ. конф. з міжнар. участю: Матеріали конференції. (24—25 вересня 2004 р., Алушта). — Сімферополь, 2004. — С. 185—186.
- Грубник В. В., Лосев А. А., Баязитов Н. Р., Парфентьев Р. С. Современные методы лечения брюшных грыж. — К.: Здоров'я, 2001. — 278 с.
- Жебровский В. В. Ранние и поздние послеоперационные осложнения в хирургии органов брюшной полости. — Изд. центр КГМУ, Симферополь, 2000. — 687 с.
- Жебровский В. В., Мохамед Том Эльбашир. Хирургия грыж живота и эвентераций. — Симферополь: Бизнес-Информ, 2002. — 440 с.
- Завгородний С. Н., Головкин Н. Г., Русанов И. В., Децик Д. А. Лечение паховых грыж методом пластики «без натяжения» // II Всеукр. науч.-практ. конф. з міжнар. участю: Матеріали конференції (24—25 вересня 2004 р., Алушта). — Сімферополь, 2004. — С. 21—23.
- Иоффе И. Л. Оперативное лечение паховых грыж. — М.: Медицина, 1968. — 171 с.
- Кукуджанов Н. И. Паховые грыжи. — М.: Медицина, 1969. — 440 с.
- Мариев А. И., Фетюков А. И. Оперативное лечение паховых и бедренных грыж с использованием предбрюшинного доступа // Вестн. хир. — 1990. — № 4. — С. 119—121.
- Саенко В. Ф., Белянский Л. С., Манойло Н. В. Современные направления открытой пластики грыжи брюшной стенки // Клін. хірургія. — 2001. — № 6. — С. 59—64.
- Смирнов А. Б. Хирургическое лечение паховых грыж // Вест. хир. — 1994. — № 3—4. — С. 116—118.
- Фелештинский Я. П. Патогенез, хірургічне лікування і профілактика рецидивів гриж черевної стінки у пацієнтів похилого і старечого віку: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — К., 2000. — 35 с.
- Фелештинский Я. П. Преперитонеальная герниопластика доступом через паховый канал с использованием имплантата при рецидивных паховых грыжах // Вестн. хир. — 1998. — № 2. — С. 64—65.
- Черенко М. П. Брюшные грыжи. — К.: Здоров'я, 1995. — 260 с.
- Gilbert A. I. An anatomical and functional classification for the diagnosis and treatment of inguinal hernia // Am. J. Surg. — 1989. — Vol. 157, N 3. — P. 331—337.
- Lichtenstein I. L., Shulman A. G., Amid P. K. Twenty quesnios about Hernioplasty // Am. Surg. — 1991. — Vol. 57, N 11. — P. 730—733.
- Nyhus L. M., Condon R. E. Hernia. — Philadelphia: J. B. Lippincott Co, 1995. — 615 p.
- Stoppa R. E., Soler M. Chemistry, geometry and physics of mesh materials // Expert meeting on hernia surgery (St. Moritz, 1994). — Basel: Karger, 1995. — P. 166—171.

В. Г. Мішалов<sup>1</sup>, С. М. Гойда<sup>1</sup>, І. М. Лещинин<sup>1</sup>, Л. Ю. Маркулан<sup>1</sup>,  
О. В. Балабан<sup>1</sup>, А. А. Бурка<sup>1</sup>, Р. В. Гонза<sup>1</sup>, С. М. Вамуш<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Національний медичний університет імені А. А. Богомольця, Київ

<sup>2</sup> Александровская клінічна лікарня міста Києва

## РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ С ПРИМЕНЕНИЕМ СЕТЧАТЫХ АЛЛОТРАНСПЛАНТАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ

**Цель работы** — установить причины неудовлетворительных результатов лечения пациентов с паховыми грыжами и разработать рекомендации по профилактике осложнений и улучшению результатов лечения у таких больных.

**Материалы и методы.** В 2003—2017 гг. прооперирован 1661 пациент с паховыми грыжами, из них 1477 (88,9 %) мужчин, 184 (11,1 %) женщины в возрасте от 16 до 98 лет. Использовали классификацию паховых грыж Nyhus (1993). Первичные грыжи наблюдали в 1429 (86 %) случаях, рецидивные — в 232 (14 %). По поводу ущемления прооперирован 131 (7,9 %) пациент. Пластику пахового канала собственными тканями проводили по методам Bassini, Girard—Спасокукоцкого, Shouldice и Постемпского, аллопластику — по Lichtenstein, Gilbert, Rutkov—Robbins. При билатеральных прямых паховых грыжах применяли пластику по Stoppa.

**Результаты и обсуждение.** Паховые грыжи I типа выявлены у 73 (4,4 %) пациентов, II типа — у 415 (25,0 %), IIIA типа — у 619 (37,3 %), IIIB типа — у 228 (13,7 %), IIIC типа — у 75 (4,5 %), IV типа — у 251 (15,1 %), скользящие грыжи — у 254 (15,3 %). У 94 (5,5 %) пациентов диагностированы билатеральные паховые грыжи. У 67 больных оперативные вмешательства выполняли одномоментно, у 25 — в два этапа. Оценку результатов лечения проводили путем сравнения интраоперационных, ранних и поздних послеоперационных осложнений и длительности стационарного лечения.

**Выводы.** При проведении герниопластики применение сетчатых трансплантатов имеет преимущества: частота осложнений при аутопластиках составляет 16,8 %, при аллопластиках — 6,6 %. Причинами неудовлетворительных отдаленных результатов лечения являются неправильный выбор способа пластики пахового канала (6 %) и технические ошибки во время операции (1,6 %). Для улучшения результатов лечения следует использовать индивидуальный подход к выбору способа пластики пахового канала.

**Ключевые слова:** паховые грыжи, оперативное лечение, послеоперационные осложнения.

V. G. Mishalov<sup>1</sup>, S. M. Goyda<sup>1</sup>, I. M. Leschishin<sup>1</sup>, L. Yu. Markulan<sup>1</sup>,  
O. V. Balaban<sup>1</sup>, A. O. Burka<sup>1</sup>, R. V. Gonza<sup>1</sup>, S. M. Vamush<sup>2</sup>

<sup>1</sup> O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

<sup>2</sup> Oleksandrivska Clinical Hospital, Kyiv

## THE EXPERIENCE OF CONDUCTING SURGICAL PROCEDURES WITH THE MESH ALLOGRAFTS FOR PATIENTS WITH INGUINAL HERNIAS

**The aim** — to estimate reasons of unsatisfactory treatment results in patients with inguinal hernias, work out a practical recommendations complex to prevent complications and improve treatment results in such patients.

**Materials and methods.** 1661 patients with inguinal hernia were operated in 2003—2017 years, of which 1477 (88.9 %) were men, 184 (11.1 %) were women aged 16 to 98 years. The classification of inguinal hernia Nyhus (1993) was used. Primary hernias were observed in 1429 (86 %) cases, relapse — in 232 (14 %). About 131 (7.9 %) patients underwent surgery for strangulated ones. The inguinal canal plasty with the patients' own tissues was performed according to Bassini, Girard—Spasokukotskiy and Postempskiy methods, the plasty with the mesh allografts — using Lichtenstein Gilbert, Rutkov—Robbins methods. For bilateral direct inguinal hernias, the Stoppa plasty was used.

**Results and discussion.** Inguinal hernias of the I type were found in 73 (4.4 %) patients, of the II type — in 415 (25.0 %), of the IIIA type — in 619 (37.3 %), of the IIIB type — in 228 (13.7 %), of the IIIC type — in 75 (4.5 %), of the IV type — in 251 (15.1 %) patients. Sliding hernias were examined in 254 (15.3 %) cases of our research. Bilateral inguinal hernias were diagnosed in 94 (5.5 %) patients. Single-stage surgical procedures were performed in 67 patients, two-stage procedures — in 25. The estimation of the treating results of patients with inguinal hernias was performed by comparing intraoperative, early, and late postoperative complications.

**Conclusions.** Mesh transplants for hernioplasty have benefits: the number of autoplasty complications reached 16.8 % while the number of alloplasty complications was 6.6 %. The causes of certain unsatisfactory treatment results were the wrong choice of inguinal canal plasty operations (6 %) and technical mistakes during the operations (1.6 %). To improve the results the individual approach to the inguinal canal plastic operations method should be applied.

**Key words:** inguinal hernias, operative treatment, postoperative complications.