

©В. В. БЕНЕДИКТ¹, В. Р. ЛІСОВСЬКИЙ²Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України¹
КНП Тернопільської районної ради "Тернопільська центральна районна лікарня"²

Безнатяжна модифікація герніопластики Десарда

У статті наведено приклад розробленого та клінічно імплементованого способу хірургічного лікування пахових гриж, що заснований на концепції "tension-free". В основу даної модифікації ліг відомий спосіб герніопластики за Десардом як один з найбільш фізіологічних та адаптованих до анатомії пахової ділянки. Дана модифікація дає можливість формувати укріплену задню стінку пахового каналу без натягу тканин, а також передбачає додаткову фіксацію сітчастого імплантату до задньої стінки, що ще більше знижує ризик розвитку рецидиву. Таким чином, її можна застосовувати в пацієнтів різних вікових груп.

Ключові слова: пахові грижі; герніопластика.

Сучасний стандартний підхід до хірургічного лікування пахових гриж заснований на концепції "tension-free" герніопластики, що включає укріплення задньої стінки пахового каналу, усунення надлишкового натягу тканин по лінії шву [5, 7]. З-поміж автопаластичних способів герніопластики на сьогодні найчастіше використовують спосіб Шолдайса [4]. Проте спосіб герніопластики Десарда є також доволі ефективним та надійним, який належить до безнатяжних зі збереженням анатомії пахового каналу [6].

Втім вибір методів герніопластики, які засновані на використанні тільки власних тканин, пов'язаний з ризиком розвитку рецидиву грижі, навіть у ранні післяопераційні терміни. Особливо це актуально у пацієнтів, в яких під час виконання операції встановлено значне розволокнення апоневротичних структур, слабкість м'язів, анатомічні особливості будови сполучної тканини внаслідок її дегенеративно-дистрофічних змін (синдром недиференційованої дисплазії сполучної тканини) [2, 3]. Тому на сьогодні практично більшість операційних втручань при пахових грижах виконують із застосуванням сучасних імплантатів – поліпропіленових сіток, які в разі покращують надійність новосформованих частин пахового каналу (переважно задньої стінки). Серед них в останні роки найбільшого поширення набув спосіб Lichtenstein, за якого встановлено доволі низький рівень післяопераційних ускладнень і рецидиву (0,7–1,5 %) [8].

Найчастіше за технічною суттю застосовують способи алогерніопластики пахових гриж, що включає виконання типового доступу до пахового каналу та мобілізацію його стінок, після чого беруть сім'яний канатик на трималку, виділяють до шийки грижовий мішок і обробляють його, потім розрізають поперечну фасцію паралельно па-

ховій зв'язці і формують преперитонеальний простір, в якому поліпропіленову сітку з отвором для сім'яного канатика розміщують преперитонеально під клаптями поперечної фасції і пришивають без натягу знизу – до іліопубічного тракту, пахової зв'язки, зверху – до верхнього клаптя поперечної фасції, сухожильного з'єднання поперечного і внутрішнього косоного м'язів живота поодинокими лігатурами; глибокий отвір пахового каналу формують шляхом зшивання розрізаних клаптів поперечної фасції і прошиванням їх разом з імплантатом по краях отвору для сім'яного канатика; над імплантатом зшивають клапті поперечної фасції, а над сім'яним канатиком зшивають клапті апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота та пошарово зшивають підшкірну основу та шкіру.

Недоліком даних способів є підшивання поліпропіленової сітки до внутрішнього косоного м'яза, яка не здатна до подовження та піддається біологічному скороченню в післяопераційному періоді, що призводить до надмірного травмування косоного м'яза, ішемії та дегенеративного переродження. Це створює ризик розвитку неспроможності швів та рецидиву грижі.

Тому в основу нашої технічної розробки лягло завдання удосконалення відомого способу алогерніопластики пахових гриж шляхом уникнення пришивання імплантату до м'язів та використання для пластики пахового каналу як власних тканин, так і синтетичного імпланту, що посилює механічну опірність новосформованої задньої стінки пахового каналу і дає змогу досягнути підвищення ефективності хірургічного лікування пахових гриж та знизити ризик рецидиву грижі [2].

Суть способу полягала у виконанні типового доступу до пахового каналу, виконуючи розріз шкіри і підшкірної клітковини довжиною 7–9 см

паралельно паховій складці і на 1,5–2,0 см вище неї в напрямку від лобкового горбка до передньої ості крила здухвинної кістки, розкривають апоневроз зовнішнього косоного м'яза, відводять до низу здухвинно-пахвинний нерв разом із мобілізованим сім'яним канатиком, виділяють та обробляють грижовий мішок, культю обов'язково зміщають під масив м'язів (зовнішній та внутрішній косий). Безперервним швом вшивають поперечну фасцію. Нижній край верхнього клаптя апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота підшивають до пахової зв'язки безперервною проленовою ниткою, переміщуючи канатик латерально. Потім, відступивши на 2,0 см від пахової зв'язки, вздовж волокон апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота, викроюють смужку, яку фіксують до нижчележачих м'язів. Після цього додатково, поверх викроєного клаптя, вшивають сітчастий імплантат, який окремими вузловими швами з латеральної сторони фіксують до пахової зв'язки та з медіальної – до викроєного клаптя. Після цьо-

го на сформовану таким чином задню стінку вкладають сім'яний канатик, над яким зшивають край апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота.

Перша і головна відмінність запропонованого способу полягає у формуванні укріпленої задньої його стінки без натягу тканин. Зшивання країв апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота над сім'яним канатиком забезпечує його анатомічно правильне розташування та більш надійний захист від травмування, як в разі його розміщення підшкірно.

Друга відмінність полягає в тому, що додаткова фіксація сітчастого імплантату до задньої стінки дає можливість значно краще укріпити задню стінку, що ще більше знизить ризик розвитку рецидиву.

Використання даного способу дає можливість значно укріпити задню стінку пахового каналу, при цьому зберігаючи властивості "tension-free". Це особливо актуально у пацієнтів зі слабкістю сполучнотканинних елементів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Патент № 136293, А61В 17/00. Спосіб хірургічного лікування пахових гриж / Бенедикт В. В., Лісовський В. Р., Продан А. М. ; заявл. 12.08.2019; бюл. № 15.
2. Дженг Ш. Дисплазия соединительной ткани как причина развития рецидива паховой грыжи (с комментарием) / Ш. Дженг, С. Р. Добровольский // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2014. – № 9. – С. 61–63.
3. Результаты лечения паховых грыж у пациентов с синдромом дисплазии соединительной ткани / Ю. А. Черепанова // Хирургическая практика. – 2016. – № 2. – С. 11–13.
4. Shouldice standard 2020: review of the current literature and results of an international consensus meeting / R. Lorenz, G. Arlt, J. Conze [et al.] // *Hernia*. – 2021. – P. 1–9.
5. Tension-free mesh repair of inguinal hernia in patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis / Y. Luk, J. Y. Y. Li,

- T. T. Law [et al.] // *Peritoneal Dialysis International*. 2020. – Vol. 40 (1). – P. 62–66.
6. Non-mesh Desarda technique versus standard mesh-based Lichtenstein technique for inguinal hernia repair: a systematic review and meta-analysis / A. Y. Y. Mohamedahmed, H. Ahmad, A. A. Abdelmabod, A. K. Sillah // *World Journal of Surgery*. – 2020. – P. 1–10.
7. Prospective comparative study of laparoscopic totally extraperitoneal versus Lichtenstein's tension free open meshplasty for management of inguinal hernia / D. A. Patel, G. N. Vaghasiya, J. R. Patel // *International Surgery Journal*. – 2020. Vol. 7 (3). – P. 647–654.
8. Meta-analysis of mesh-plug repair and Lichtenstein repair in the treatment of primary inguinal hernia / M. Yu, W. X. Xie, S. Li [et al.] // *Updates in Surgery*. – 2021. – P. 1–10.

REFERENCES

1. Benedykt V.V., Lisovskyi V.R., Prodan, A.M. Method of surgical treatment of inguinal hernia. *Patent No. 136293, A61B 17/00*, 12.08.2019, Bul. No. 15 [in Ukrainian].
2. Dzenh, Sh., & Dobrovolskyi, S.R. (2014). Displazija soyedenitelnoy tkani kak prichina razvitiya retsediva pahovoy gryzhi (s komentariem) [Connective tissue dysplasia as a course of recurrent inguinal hernia development (with comment)]. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova – Surgery. Journal named after N.I. Pirogov*, (9), 61-63 [in Russian].
3. Cherepanova, Yu.A., & Malchikov, A.Ya. (2016). Rezultaty lecheniya pakhovykh gryzh u patsiyentov s sindromom displazii soyedenitelnoy tkani [Results of treatment of inguinal hernia in patients with connective tissue dysplasia syndrome]. *Khirurgicheskaya praktika – Surgical Practice*, (2), 11-13 [in Russian].
4. Lorenz, R., Arlt, G., Conze, J., Fortelny, R., Gorjanc, J.,

- Koch, A., ... & Campanelli, G. (2021). Shouldice standard 2020: review of the current literature and results of an international consensus meeting. *Hernia*, 1-9.
5. Luk, Y., Li, J.Y.Y., Law, T.T., Ng, L., & Wong, K.Y. (2020). Tension-free mesh repair of inguinal hernia in patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Peritoneal Dialysis International*, 40 (1), 62-66.
6. Mohamedahmed, A.Y.Y., Ahmad, H., Abdelmabod, A.A., & Sillah, A.K. (2020). Non-mesh Desarda technique versus standard mesh-based Lichtenstein technique for inguinal hernia repair: a systematic review and meta-analysis. *World Journal of Surgery*, 1-10.
7. Patel, D.A., Vaghasiya, G.N., & Patel, J.R. (2020). Prospective comparative study of laparoscopic totally extraperitoneal versus Lichtenstein's tension free open meshplasty for management

ПОВІДОМЛЕННЯ

of inguinal hernia. *International Surgery Journal*, 7 (3), 647-654.
9. Yu, M., Xie, W.X., Li, S., Wang, D.C., & Huang, L.Y. (2021).

Meta-analysis of mesh-plug repair and Lichtenstein repair in the treatment of primary inguinal hernia. *Updates in Surgery*, 1-10.

Отримано 05.04.2021

Електронна адреса для листування: benedykt@tdmu.edu.ua

V. V. BENEDYKT¹, V. R. LISOVSKYI²

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University¹
Ternopil District Council "Ternopil Central District Hospital"²

TENSION FREE METHODS OF DESARDA HERNIOPLASTY

The article provides an example of a developed and clinically implemented method of surgical treatment of inguinal hernias, based on the concept of "tension free". The basis of this modification was the well-known method of hernioplasty according to Desarda, as one of the most physiological and adapted to the anatomy of the groin. This modification allows you to form a reinforced posterior wall of the inguinal canal without tissue tension, and also provides additional fixation of the mesh implant to the posterior wall, which further reduces the risk of recurrence. Thus, it can be used in patients of different ages.

Key words: inguinal hernias; hernioplasty.

В. В. БЕНЕДИКТ¹, В. Р. ЛИСОВСКИЙ²

Тернопольский национальный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского МОЗ Украины¹
КНП Тернопольского районного совета "Тернопольская центральная районная больница"

БЕЗНАТЯЖНАЯ МОДИФИКАЦИЯ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ДЕСАРДА

В статье приведен пример разработанного и клинически имплементированного способа хирургического лечения паховых грыж, основанный на концепции "tension-free". В основу данной модификации лег известный способ герниопластики по Десарду как один из более физиологических и адаптированных к анатомии пахового участка. Данная модификация позволяет формировать укрепленную заднюю стенку пахового канала без натяжения тканей, а также предусматривает дополнительную фиксацию сетчатого имплантата к задней стенке, что еще больше снижает риск развития рецидива. Таким образом, ее можно применять у пациентов разных возрастных групп.

Ключевые слова: паховые грыжи; герниопластика.