

## **НЕНАТЯЖНИЙ АУТОПЛАСТИЧНИЙ МЕТОД М.Р. DESARDA В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НЕ ЗАЩЕМЛЕНІ ПАХОВІ ГРИЖІ**

*Микитин В. З., магістрант, Циган О. М., студ. 5 курсу  
Науковий керівник – канд. мед. наук., доц. Л. Г. Кащенко  
СумДУ, кафедра хірургії з дитячою хірургією з курсом онкології*

Застосування натяжних аутопластичних методів герніотомій у хворих на защемлені пахові грижі супроводжується частими рецидивами (10-35 %), а використання для пластики синтетичних сіткових імплантатів обмежується можливістю інфікування протеза, розвитком імплантат-асоційованих ускладнень, а також високою вартістю останнього. Доволі перспективним в цьому напрямку є метод М.Р. Desarda який дозволяє укріпити задню стінку пахового каналу власними тканинами без їх натягу.

Дослідження проведені на базі хірургічного відділення № 1 КУ «Сумська міська клінічна лікарня» № 5 протягом 2011 року. З використанням методу Desarda прооперовано 21 хворого віком від 33 до 89 років; 4 (19 %) жінки і 17 (81 %) чоловіків. З приводу лівобічної пахової грижі оздоровлено 6 (28,6 %) хворих, правобічної - 15 (71,4 %). У 14 (66,7 %) пацієнтів виявлено косу пахову грижу, решта – мали пряму пахову грижу. Всі операції проведено під місцевою анестезією. Вмістом грижового мішка в 7 (33,3 %) випадках був великий чепець, в 6 (28,6 %) - тонка кишка, в 4 (19,0 %) - товста кишка, в 3 (14,3 %) - великий чепець з тонкою кишкою, ще у 1 (0,5 %) хворого в грижовому мішку виявлено великий чепець з товстою кишкою. У зв'язку з некрозом ділянки великого чепця у 2 (0,9 %) хворих під час операції проведено його резекцію. Доступ - класичний паховий. Розріз шкіри і підшкірної клітковини довжиною 8 – 10см проводили над грижовим випинанням вище та паралельно паховій зв'язці. З навколишніх тканин виділяли грижовий мішок та мобілізували його до шийки, розкривали у ділянці дна, проводили ревізію вмісту, обробляли згідно правил ургентної хірургії. У подальшому відновлювали цілісність задньої стінки пахового каналу шляхом зашивання поперечної фасції. Надалі нижній край краніального клаптя апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота пришивали під сім'яним канатиком (круглою зв'язкою) до заднього краю пахової зв'язки. Шви накладали від лобкового горбка до медіального краю глибокого пахового кільця. Далі фіксований до пахової зв'язки апоневроз зовнішнього косоного м'яза живота, відступивши на 1,5-2 см вище за лінію накладених швів, розтинали за ходом волокон паралельно паховій зв'язці. Верхній край смужки апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота, що утворилася, підшивали до підлеглих м'язів живота. На новосформованій і укріпленій задній стінці пахвинного каналу розміщували сім'яний канатик (круглу зв'язку), над яким зшивали край апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота в «край в край». Середня тривалість операції склала  $53,6 \pm 8,5$  хвилин.

У ранньому післяопераційному періоді у 2 (0,95%) хворих виявлено інфільтрат післяопераційного рубця, який ліквідовано консервативними заходами. Рецидивів гриж впродовж 1 року (від 1 місяця до 1 року) не виявлено.

Таким чином, операція закриття грижового дефекту первинної пахвинної грижі за методом М.Р. Desarda аутопластичним аналогом передньої пластики задньої стінки пахового каналу за методом I.L. Lichtenstein, технічно проста, доступна, не дає рецидивів, не має специфічних ускладнень характерних для алопластики, проте потребує, як мінімум, середньої щільності апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота і висоти пахвинного проміжку не більше 2,5 см.