

Я.П. Фелештинський, д.м.н., професор, завідувач кафедри хірургії та проктології, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Український центр хірургічного лікування гриж живота, м. Київ

Сучасні способи хірургічного лікування пахвинних гриж

Пахвинні грижі становлять 75-78% від загальної кількості гриж живота. Більшість пахвинних гриж (85-90%) спостерігають у чоловіків. Серед планових загальнохірургічних втручань найчастіше виконують операцію з приводу пахвинної грижі. В Україні щороку з приводу пахвинних гриж виконують близько 40 тис. операцій, у Росії – 200 тис., в Англії – більше ніж 80 тис., у США – 500 тис. Понад 60% пацієнтів з пахвинними грижами оперують у працездатному віці. Ці показники демонструють, які великі матеріальні витрати несуть економічна й медико-соціальна сфери у зв'язку з цим захворюванням.

Аналіз динаміки досліджень і частоти відповідних публікацій за останні роки показує зростання інтересу до цієї проблеми як у нашій країні, так і за кордоном. Продовжують упроваджувати новітні сітчасті імплантати (Ultrapro, Physiomesh, Dual Mesh та ін.) і лапароскопічні технології. На сучасному етапі розвитку хірургії гриж живота загальною визначеною стало те, що використання сітчастих імплантатів як при відкритих, так і при лапароскопічних герніопластиках дає кращі результати порівняно з аутопластикой. Завдяки цьому досягнуто значного прогресу в хірургічному лікуванні пахвинних гриж, підвищилася його якість, зменшилася кількість рецидивів. Якщо після аутопластики рецидиви пахвинної грижі трапляються у 35-40% пацієнтів, то після алопластики – у 1,5-5%. Більшість пахвинних гриж тепер оперують відкритим способом з використанням сітчастого імплантату за методом Ліхтенштейна або використовують модифікацію цієї операції. Ця відкрита безнапряжна операція із сітчастим імплантатом технічно більш проста для хірурга порівняно з лапароскопічною. Ефективність лапароскопічної герніопластики пахвинних гриж також продемонстрована. Однак у зв'язку з тривалим навчанням й оволодінням лапароскопічної герніопластики, ризиком виникнення тяжких ускладнень, високою її вартістю цю операцію ще широко не застосовують для рутинного хірургічного лікування пахвинних гриж.

Незважаючи на суттєве зменшення частоти рецидивів, використання відкритих алопластичних і лапароскопічних операцій при пахвинних грижах може супроводжуватися дискомфортом і хронічним післяопераційним болем (2,5-18,7%). Це є свідченням того, що операції з використанням сітчастих імплантатів при пахвинних грижах, як відкриті, так і лапароскопічні, без сумніву, потребують тривалого навчання хірурга, їх потрібно виконувати правильно, щоб досягти хороших результатів.

Водночас причиною невдалих результатів алопластичних операцій при пахвинних грижах можуть бути не тільки технічні помилки. Ускладнення з боку операційної рани після відкритої операції у вигляді глибокого нагноєння і ранне фізичне навантаження часто призводять до порушення проростання сітчастого імплантату сполучною тканиною, його зморщення й

виникнення рецидиву. Крім цього, сприяти рецидиву пахвинної грижі можуть атрофія м'язово-апоневротичних структур пахвинного каналу і неадекватний вибір способу операції.

Для розуміння патології пахвинних гриж і методів їх лікування необхідно враховувати особливості анатомії пахвинного каналу.

Пахвинний канал розміщується над пахвинною зв'язкою (рис. 1) і має косий напрямок, його довжина 4-5 см. У ньому розрізняють чотири стінки і два отвори. Передня стінка пахвинного каналу утворюється апоневрозом зовнішнього косого м'яза живота, задня – поперечною фасцією, верхня – нижнім краєм внутрішнього косого і поперечного м'язів, нижня – пахвинною зв'язкою. Внутрішнім отвором пахвинного каналу є латеральна пахвинна ямка, яка обмежується між'ямковою зв'язкою (Гессельбаха). Зовнішній отвір пахвинного каналу обмежується *cus medialis et laterale* апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота, які з'єднуються *fibrae intercosturales*.

Умістом пахвинного каналу в чоловіків є сім'яний канатик, у жінок – кругла зв'язка матки. У зв'язку з широким тазом у жінок пахвинний канал довший і вужчий.

З точки зору лапароскопічної анатомії від пупка до низу по середній лінії розміщується *plica umbilicalis mediana*, яка містить облітеровану сечову протоку (*urachus*). Поряд із цією складкою дещо назовні знаходиться *plica umbilicalis media*, яка містить облітеровану пупкову артерію. Латерально від цієї зв'язки знаходиться *plica umbilicalis lateralis*, яка містить *a. epigastrica inferior*, що починається від клубової артерії та йде до прямого м'яза живота.

Складки парієтальної очеревини в нижніх відділах червоної стінки утворюють ямки: *fossa inguinalis medialis, lateralis et supravesicalis* (рис. 2).

Зовнішня пахвинна ямка розміщується назовні від *plica umbilicalis lateralis* і відповідає внутрішньому отвору пахвинного каналу. Під очеревиною в цій ямці проходять судини яєчка і *ductus deferens*, який перехрещує *a. et v. iliaca externa*. Між *ductus deferens* і яєчковими судинами знаходиться так званий фатальний трикутник (рис. 2), верхівкою якого є латеральна пахвинна ямка. Він є тією ділянкою, на якій під час виконання лапароскопічної пахвинної герніопластики не потрібно накладати фіксуючі сітку спіралі, скріпки та ін.,

бо це може призвести до пошкодження цих судин. Крім цього, з точки зору лапароскопічної пахвинної герніопластики виділяють трикутник болю (рис. 2), який межує з фатальним трикутником і розміщений між яєчковими судинами й обмежений зверху *tractus iliopubicus*. У цьому трикутнику проходять гілки *n. genitofemoralis*, стегновий нерв і латеральний шкірний нерв стегна. Пошкодження цих нервів під час фіксації сітки призводить до хронічного болю.

Щодо причин виникнення пахвинних гриж, то їх поділяють на вроджені й набуті. До вроджених причин відносять незрощення вагінального відростка очеревини і недостатність сполучної тканини, зокрема поперечної фасції. Серед чинників, які сприяють уродженню причинам, виділяють: порушення генної інформації, дефіцит диференціюючих гормонів матері та плода, а також тератогенну дію різних чинників (інфекційних, біологічних, хімічних, фізичних та ін.). Ці чинники діють на сполучну тканину і викликають недостатнє утворення колагенових волокон, зокрема апоневрозу, м'язів, поперечної фасції пахвинного каналу.

Незрощення вагінального відростка очеревини призводить до виникнення вродженої пахвинної грижі як у жінок, так і в чоловіків. За даними аутопсій, близько 20% чоловіків мають частково облітеровані (незрощені) вагінальний (очеревинний) відросток, який потенційно стає гризовим мішком. У жінок подібне незрощення спостерігають у 2-3% випадків. Це підтверджує той факт, що вроджені пахвинні грижі частіше трапляються у чоловіків. Облітерація вагінального відростка очеревини після опущення яєчок у калитку в чоловіків й опущення матки з додатками в малій тазу у жінок завершується на 8-9-му місяці внутрішньоутробного розвитку. Якщо незрощення вагінального відростка очеревини відбувається фрагментами, зокрема на рівні яєчка, то виникає його водянка, а сім'яного канатика – кіста. У жінок фрагментарне незрощення вагінального відростка очеревини призводить до утворення кісти Nuke на ділянці круглої зв'язки матки. Повне незрощення очеревинного відростка призводить до вродженої пахвинної грижі.

Певну роль у виникненні пахвинних гриж можуть відігравати анатомічні особливості й розміри пахвинного проміжку,



Я.П. Фелештинський

який знаходиться між верхньою і нижньою стінками пахвинного каналу й обмежується з медіального боку зовнішнім краєм апоневротичної піхви прямого м'яза живота. Висота пахвинного проміжку коливається від 2,5 до 5,0 см, довжина – від 4,0 до 9,5 см. Його форма буває овально-шліноподібною (60%) або трикутною (40%). Високі та довгі трикутні проміжки мають значну площу, яка не закрита м'язами, що є анатомічною передумовою виникнення пахвинної грижі. Пахвинний проміжок закриває поперечна фасція, яка є задньою стінкою пахвинного каналу. Саме механічна слабкість задньої стінки пахвинного каналу і його м'язово-апоневротичних структур стає однією з основних набутих причин виникнення пахвинних гриж. За даними досліджень L. Nyhus (2001), V. Schumpelik (2005), у 75-80% пацієнтів з пахвинними грижами визначають порушення місцевого метаболізму колагену I і III типів у м'язово-апоневротичних і фасціальних структурах пахвинного каналу. Переважання розпаду III типу колагену над синтезом призводить до механічної слабкості апоневрозу, м'язів і фасції пахвинного каналу і є домінуючим у патогенезі пахвинних гриж. Серед причин, що викликають дисбаланс колагенів, виділяють прогресуючу атрофію м'язово-апоневротичних тканин, у тому числі вікову, тривале куріння та ін. Поряд із цим остаточно причини дисбалансу колагенів не з'ясовані. Щодо чинників, які підвищують внутрішньочеревинний тиск (надмірне фізичне навантаження, хронічний кашель, закрепи, затримка сечі при аденомі передміхурової залози), то вони спрацьовують лише тоді, коли вже є механічна слабкість м'язово-апоневротичних тканин пахвинної ділянки.

Класифікація пахвинних гриж

Пахвинні грижі за походженням поділяють на вроджені й набуті. За анатомічним розміщенням пахвинні грижі бувають косі, прямі й комбіновані. Косі пахвинні грижі виходять через внутрішній отвір пахвинного каналу (латеральну пахвинну ямку), гризовий мішок супроводжує елементи сім'яного канатика. Коса пахвинна грижа у разі тривалого носіння стає пахвинно-калітковою. Прямі пахвинні грижі виходять через медіальну пахвинну ямку за межами сім'яного канатика і не опускаються в калитку. Поєднання косої та прямої пахвинних гриж називають «панталоною» грижею. У тих випадках пахвинної грижі, коли ділянка стінки гризового мішка представлена вісцеральною очеревиною (стінка сліпої або сигмоподібної кишок, сечового міхура та ін.), її називають ковзною. Ковзні пахвинні грижі виявляють у 0,6-3,8% випадків, вони потребують особливої техніки при виділенні гризового мішка, щоб запобігти пошкодженню органа, який є його стінкою.

Серед пахвинних гриж, які трапляються рідко, виділяють інтрапарієтальну, осумковану і надміхурову. Інтрапарієтальну грижу спостерігають у 0,1-0,3% випадків. Гризовий мішок виходить між м'язами або між очеревиною і поперечною фасцією. Осумкована пахвинна грижа (грижа Купера) трапляється у 0,3% випадків і має два

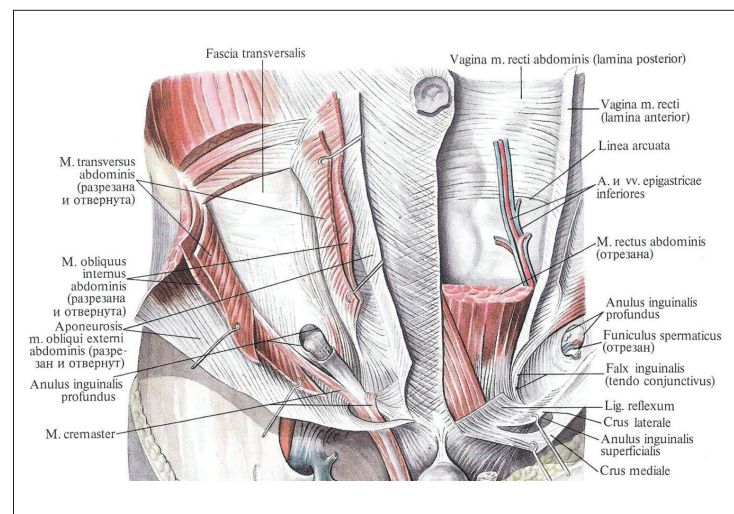


Рис. 1. Анатомія пахвинного каналу (за Сінельниковим)

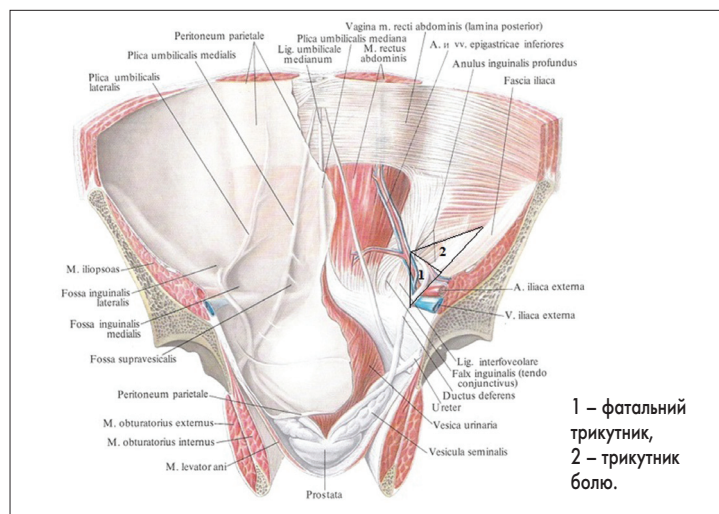


Рис. 2. Будова нижнього відділу червоної порожнини зсередини (за Сінельниковим)

Я.П. Фелештинський, д.м.н., професор, завідувач кафедри хірургії та проктології, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Український центр хірургічного лікування гриж живота, м. Київ

Сучасні способи хірургічного лікування пахвинних гриж

Продовження. Початок на стор. 22.

глибинний отвір пахвинного каналу одним-двома швами (пролен 0). Сітчастий імплантат (поліпропілен, ультрапро) розміром 6,0×11,0 см з розрізом для сім'яного канатика фіксують до пахвинної зв'язки (пролен 0) безперервним швом і до внутрішнього косоного м'яза з формуванням отвору для сім'яного канатика (рис. 7, 8), над сім'яним канатиком контактено зшивають клапті апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота.

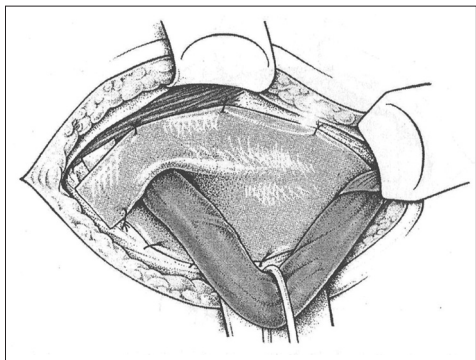


Рис. 7. Спосіб хірургічного лікування пахвинної грижі за Lichtenstein

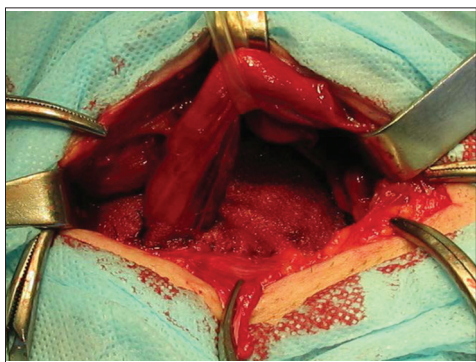


Рис. 8. Спосіб Lichtenstein з використанням легкої композитної сітки «Prolen»

Частота рецидивів після операцій Ліхтенштейна мінімальна: 0,8-2,5%. Водночас частота хронічного післяопераційного болю коливається від 3,4 до 16,4%. Це пов'язано з тим, що сітчастий імплантат часто зшивають з нервами пахвинного каналу. З метою профілактики хронічного післяопераційного болю ми модифікували операцію Ліхтенштейна. Суть модифікації полягає в тому, що для попередження прошивання нервів пахвинного каналу з сітчастим імплантатом їх беруть на держалки і відводять убік, лише після цього фіксують (рис. 9) сітчастий імплантат.

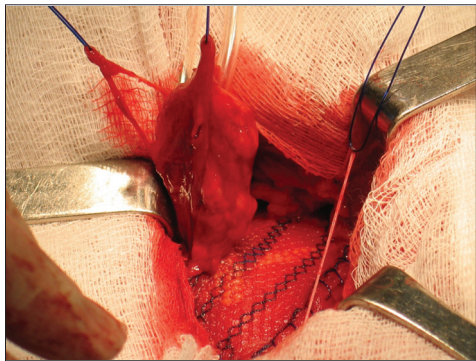


Рис. 9. Спосіб Lichtenstein (у модифікації Я.П. Фелештинського)

Сітка Ultrargo зафіксована поза нервами пахвинного каналу, вони взяті на держалки.

При пахвинно-каліткових грижах (III тип) з метою зменшення ранових ускладнень: гематоми, набряку калитки, інфільтрату та ін. ми модифікували операцію Ліхтенштейна. Вона полягає в тому, що грижовий мішок виділяють на рівні шийки, перерізають і прошивають його проксимальну ділянку, дистальну не виділяють і лише дрениують через шкіру калитки. Це виключає травматизацію судин сім'яного канатика й оболонку яєчка. Сітчастий

імплантат фіксують після звуження глибинного отвору пахвинного каналу і послаблюючого розрізу на апоневрозі поперечного м'яза живота, щоб зняти натяг зшитих тканин.

Серед сітчастих імплантатів, які використовують для хірургічного лікування пахвинних гриж, виділяють: поліпропілен (пролен), поліпропілен легкий, Ultrargo (легка композитна сітка, яка містить 50% поліпропілену та 50% монокрилу, який наполовину розсмоктується) і спеціальні, так звані герніосистеми (проленова система PHS; система Ультрапро UHS; поліпропіленові системи Per Fix Plug і Per Fix Light Plug; поліпропіленова сітка з нітіноловим каркасом, яку розміщують без фіксації).

Під час виконання операції Ліхтенштейна використовують поліпропіленову сітку (6,0×11,0 см), звичайну та легку або легку композитну сітку Ultrargo (6,0×11,0 см). Перевагу надають легким сіткам.

Операції з використанням герніосистем показані при IV, V й VI типах пахвинної та стегнової грижі.

Операцію з використанням герніосистем PHS (рис. 10) і UHS (рис. 11) виконують таким чином: типовим хірургічним доступом розкривають пахвинний канал, мобілізують його стінки, сім'яний канатик беруть на держалку і виділяють грижовий мішок. Над грижовим мішком розрізають поперечну фасцію й пальцем занурюють грижовий мішок і виділяють преперитонеальний простір, нижній листок герніосистеми складають удвоє і за допомогою пінцета занурюють її в дефект.



Рис. 10. Герніосистема PHS



Рис. 11. Герніосистема UHS

Після цього пальцем розправляють нижній листок системи. Верхній листок системи розрізають (1,5-2,0 см) для сім'яного канатика й фіксують його над лобковим горбком і в 3-4 точках по периметру (рис. 12).

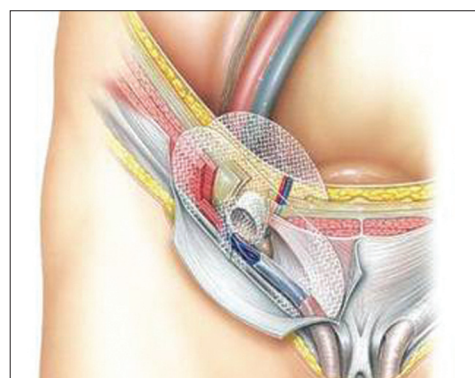


Рис. 12. Установка герніосистеми PHS

Операцію з використанням Per Fix Plug виконують як при косих, так і при прямих пахвинних грижах. Після занурення грижового мішка в преперитонеальний простір і його мобілізації у грижовий дефект вводять Plug (рис. 13) і фіксують його 2-3 швами до м'язів. Потім під сім'яним канатиком і клаптями апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота розміщують сітку з отвором для сім'яного канатика. Сітка є складовою Per Fix Plug. Над сіткою зшивають клапті апоневрозу косоного м'яза живота безперервним швом (пролен 2-0).



Рис. 13. Алогерніопластика пахвинної грижі з використанням Per Fix Plug

При пахвинних грижах великого та гігантського розмірів, двобічних, особливо рецидивних, показано використання преперитонеальних методик алогерніопластики.

Спосіб Rives преперитонеальної алогерніопластики доступом через пахвинний канал полягає в тому, що після виділення грижового мішка розрізають поперечну фасцію від лобкового горбка до глибинного отвору пахвинного каналу. Потім мобілізують преперитонеальний простір, у якому розміщують сітчастий імплантат з поліпропілену з розрізом для сім'яного канатика і фіксують його до зв'язки Купера й до поперечного і внутрішнього косоного м'язів (рис. 14).

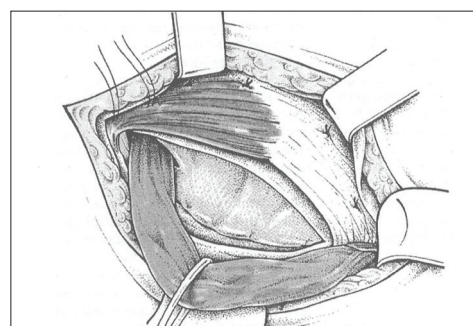
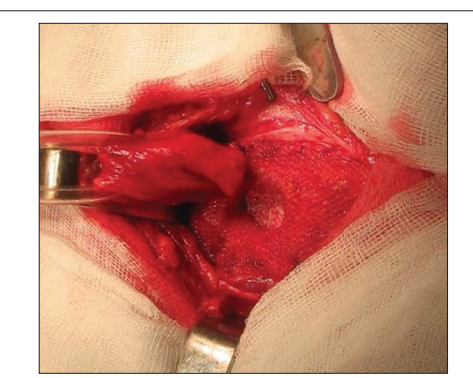


Рис. 14. Спосіб Rives при рецидивних пахвинних грижах

При рецидивних пахвинних грижах із зруйнованою пахвинною зв'язкою ми модифікували спосіб Rives. Суть операції полягає в тому, що сітчастий імплантат з поліпропілену фіксують, крім зв'язки Купера, до окістя клубової кістки (рис. 15) у зв'язку з відсутністю пахвинної зв'язки.

Операція Stoppa як преперитонеальна герніопластика показана при двобічних пахвинних грижах. Виконують нижньосередній або поперечний доступ до преперитонеального простору. Після розрізу поперечної фасції мобілізують пахвинні ділянки від передочеревинної клітковини, виділяють грижові мішки, а сім'яні канатки беруть на держалки. Поліпропіленову сітку відповідних розмірів розміщують преперитонеально, так, щоб вона закривала потенційно слабкі місця



черевної стінки, і фіксують одним швом по серединній лінії до пупкової фасції. Отвори до сім'яних канатиків формують окремими швами. В інших місцях добре розправлену сітку надійно фіксують очеревинним мішком (рис. 16), операцію завершують пошаровим зашиванням лапаротомної рани.

Лапароскопічна герніопластика при пахвинних грижах, яку в останні роки все ширше впроваджують у хірургічну практику, відрізняється від відкритих операцій малою травматичністю і досить високою ефективністю. Показаннями до лапароскопічної герніопластики є пахвинні грижі II, III, IV, V, VI, VIII типів за класифікацією Європейської асоціації хірургів-герніологів. Розрізняють дві методики лапароскопічної герніопластики: трансабдомінальну преперитонеальну (TAPP) і тотальну екстраперитонеальну (TEP).

З метою знеболення використовують загальний наркоз із міорелаксантами.

Трансабдомінальну преперитонеальну герніопластику виконують з використанням трьох троакарів. Накладання карбоксипневмоперитонеуму переважно виконують після розрізу шкіри довжиною 1,0 см нижче пупка голкою Вереша або відкритим шляхом за Hasson з внутрішньочеревним тиском 12-14 мм рт. ст., троакар 10-11 мм вводять через розріз нижче пупка. Два додаткових троакари 10 мм та 5 мм вводять по краю апоневротичних піхв прямих м'язів також на рівні пупка (рис. 17).

Після діагностичної лапароскопії хворого переводять у положення Тренделенбурга. Хірург знаходиться на боці, протилежному локалізації пахвинної грижі, асистент з лапароскопом і другий асистент знаходяться на протилежній боці, монітор розміщують на боці локалізації грижі. Перед виконанням цієї операції хірург має чітко визначити основні анатомічні орієнтири (рис. 18): медіальну і латеральну пахвинні ямки, які є ділянками виходу пахвинних гриж, медіальну пупкову складку, нижню надочеревинну артерію і вену, судини сім'яного канатика,

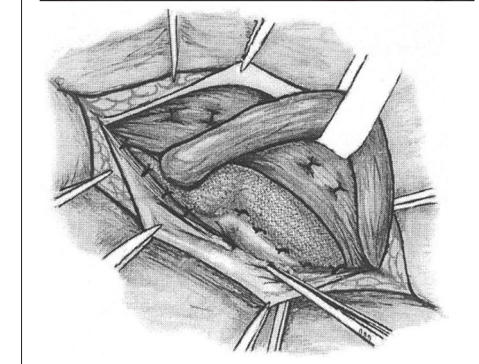
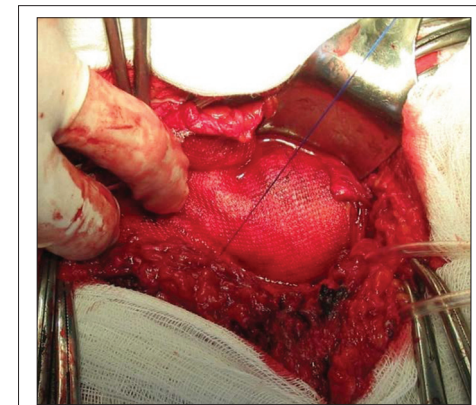


Рис. 15. Спосіб Rives (у модифікації Я.П. Фелештинського)

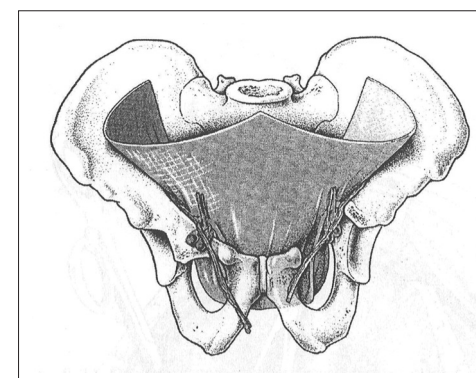


Рис. 16. Спосіб Stoppa

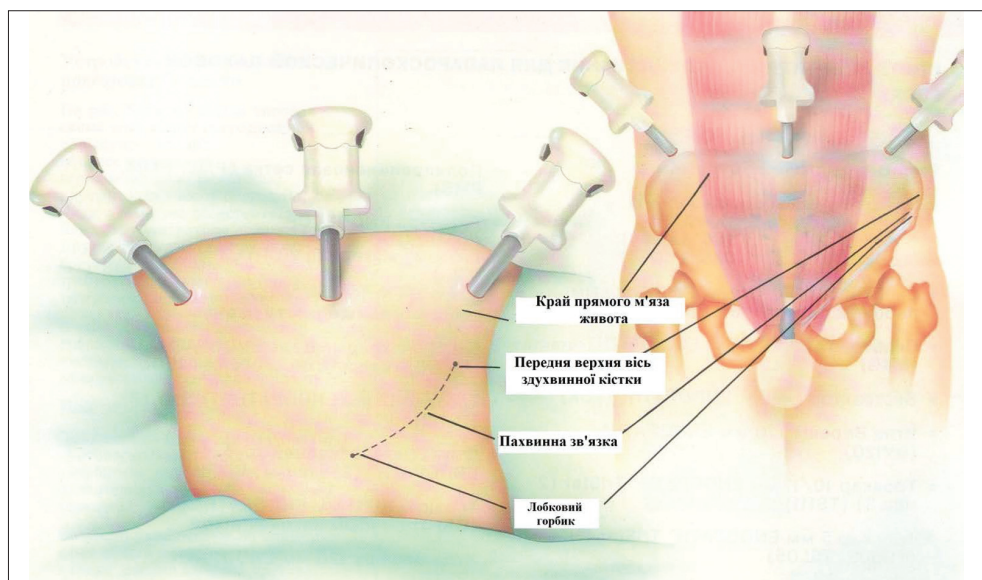


Рис. 17. Розміщення троакарів при TAPP лапароскопічній алогерніопластиці пахвинної грижі

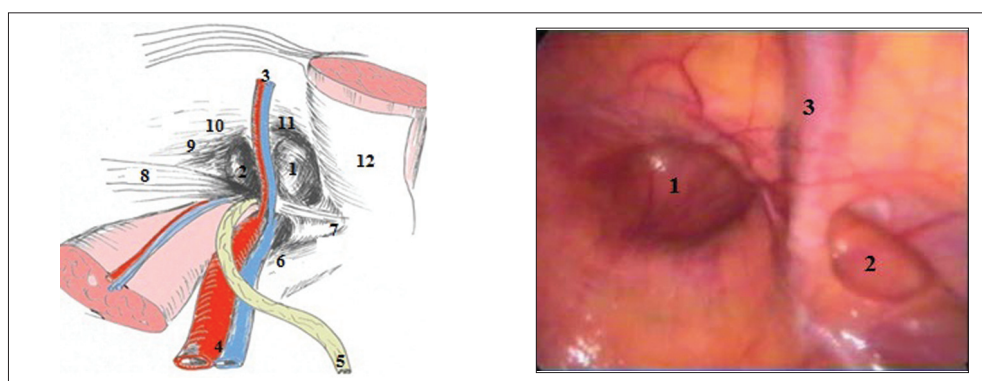


Рис. 18. Лапароскопічна анатомія. Стандарти точки фіксації сітчастого імплантату

1 – медіальна пахвинна грижа; 2 – латеральна пахвинна грижа; 3 – нижні епігастральні судини; 4 – а., v. iliaca externa; 5 – ductus deferens; 6, 7 – зв'язка Купера; 8 – іліопубічний тракт; 9-11 – внутрішній косий і поперечний м'язи живота; 12 – прямий м'яз живота.

a. v. iliaca externa, ductus deferens, зв'язку Купера, іліопубічний тракт. Ідентифікація цих анатомічних структур – визначальний чинник виконання лапароскопічної герніопластики.

Після визначення цих анатомічних структур виконують дугоподібний розріз парієтальної очеревини на 2-3 см вище медіальної та латеральної пахвинних ямок від медіальної пупкової складки до іліопубічного тракту. Потім мобілізують парієтальну очеревину та виділяють грижовий мішок, сім'яний канатик і зв'язку Купера. Після виділення цих анатомічних структур сітчастий імплантат розміром 8,0x14,0 см розміщують на цій ділянці та фіксують у 6-8 точках (рис. 18, 19) до зв'язки Купера, іліопубічного тракту, внутрішнього косого і поперечного м'язів і прямого м'язу за допомогою герніостеплера. До сітчастого імплантату підводять дренаж і зашивають розріз парієтальної очеревини. Операцію завершують зашиванням троакарних ран.

Тотальна екстраперитонеальна герніопластика відрізняється від трансабдомінальної преперитонеальної тим, що черевну порожнину не розкривають, передочеревинний простір мобілізують екстраперитонеально.

Троакар 11-12 мм T₁ (рис. 20, 21) для лапароскопа з балоном-дисектором вводять нижче пупка після розрізу шкіри і передньої стінки апоневротичної піхви прямого м'язу живота, проникаючи таким чином у передочеревинний простір. Балон відшаровують очеревину і в порожнину, яка утворюється, нагнітають вуглекислий газ 12-14 мм рт. ст. (рис. 21). Перший

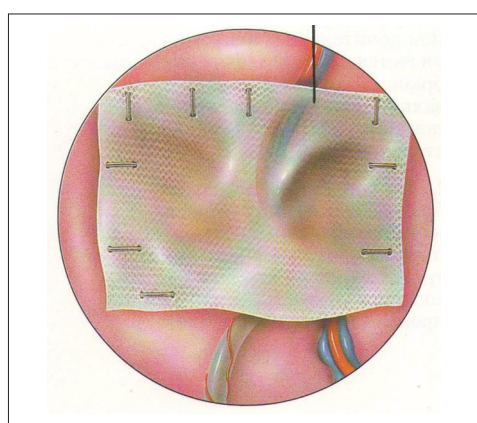


Рис. 19. Фіксація сітчастого імплантату

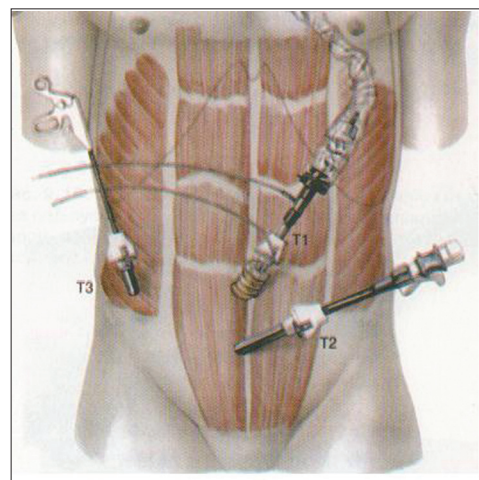


Рис. 20. Розміщення троакарів при TEP герніопластиці (за В.І. Охоровським)

T₁ – троакар для лапароскопа, T₂, T₃ – робочі троакари.

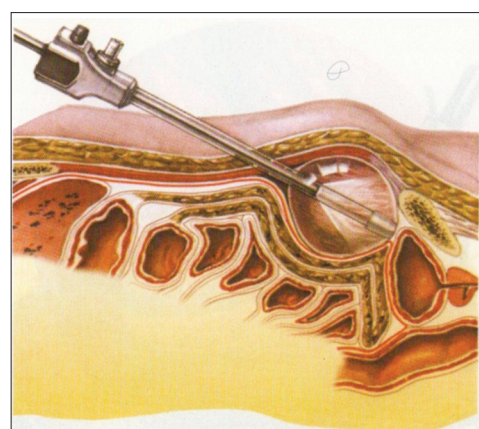


Рис. 21. TEP герніопластика (за В.І. Охоровським)

Проведення через мікророзріз під пупком передочеревинно троакара з балоном-дисектором, розтягнення якого відшаровується очеревина і створюється необхідний для маніпуляцій простір.

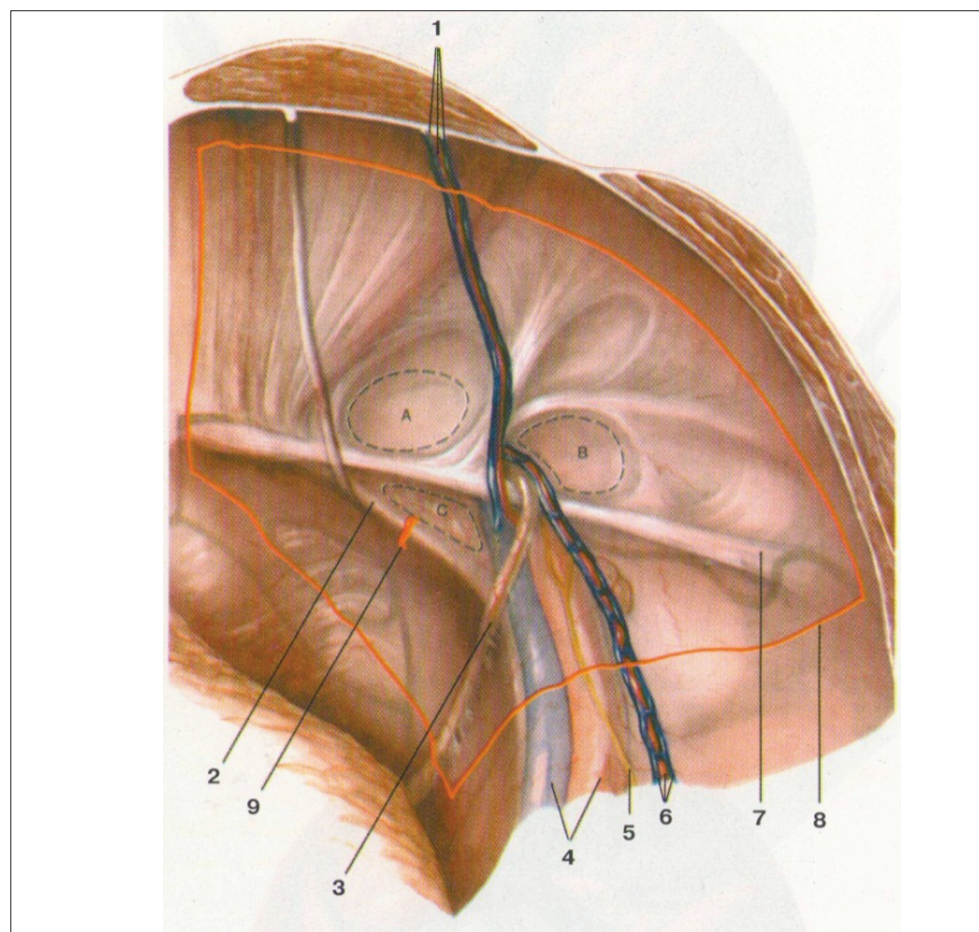


Рис. 22. TEP герніопластика справа (за В.І. Охоровським). Основні анатомічні орієнтири та грижові ворота, які визначаються у процесі препарування здухвинної ділянки

1 – а., v. epigastrica infer.; 2 – lig. pectineale (Cooper); 3 – ductus deferens; 4 – а., v. iliaca externa; 5 – r. femoralis, n. genitofemoralis; 6 – а., v. testicularis; 7 – tractus iliopubicus; 8 – місце розміщення сітчастого протеза обведено червоною лінією; 9 – місце фіксації сітки до гребінцевої зв'язки. Грижові ворота: А – прямої пахвинної грижі; В – зовнішньої пахвинної грижі; С – стегнової грижі.

(поліпропілен з нітилоновим каркасом (рис. 23), сітка 3-D Max та ін.), їх розміщують у преперитонеальному просторі без фіксації. Операцію завершують установленням дренажу через троакар 5 мм і зашиванням троакарних ран.



Рис. 23. Рентгенограма черевної стінки після встановлення сітчастого імплантату з нітилоновим каркасом

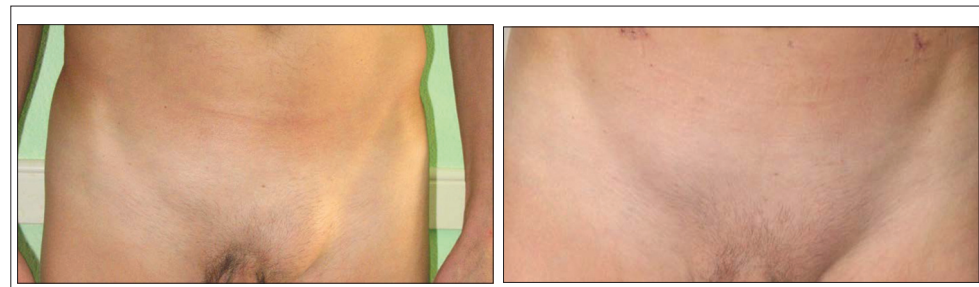


Рис. 24. Хворий до та після операції TAPP

Серед вищезазначених сучасних методів хірургічного лікування пахвинних гриж найчастіше використовують відкриту операцію за Ліхтенштейном і лапароскопічну трансабдомінальну преперитонеальну герніопластику. Операція Ліхтенштейна має деякі переваги над лапароскопічною, а саме її успішно виконують під місцевою анестезією, вона технічно проста, її швидко може освоїти хірург. Водночас вона більш травматична порівняно з лапароскопічною операцією. Хронічний больовий синдром спостерігають у 2,5-16,8%. Можливість розвитку гнійно-запальних ускладнень значно більша після операції Ліхтенштейна.

Переваги лапароскопічної герніопластики (рис. 24) підтверджуються низьким процентом рецидивів – 0,8-1,5%, мало-вираженим больовим синдромом, високим косметичним ефектом, можливістю

діагностики інших захворювань органів черевної порожнини та контралатеральної грижі, можливістю виконання герніопластики з іншого боку з тих же троакарів, а також симультанних операцій і лікування стегнових гриж.

До недоліків лапароскопічної герніопластики треба віднести необхідність загального наркозу з міорелаксантами, порівняно високу вартість обладнання та матеріалів і необхідність тривалої спеціальної підготовки хірурга. Разом з тим загальний відсоток ускладнень при лапароскопічній герніопластиці в декілька разів менший порівняно з традиційними методиками. Пацієнтів після лапароскопічної герніопластики виписують зі стаціонару на другу добу з можливістю фізичної активності через 8-10 днів, що, безумовно, дає досить великий економічний ефект.

Таким чином, великий арсенал сучасних методів хірургічного лікування пахвинних гриж дає можливість хірургу зробити правильний і адекватний вибір відповідно до кваліфікації, на користь пацієнтів.

Український центр хірургічного лікування гриж живота, який є складовою кафедри хірургії та проктології НМАПО ім. П.Л. Шупика, має досвід хірургічного лікування близько 6 тис. пацієнтів з пахвинними грижами різних видів з використанням сучасних способів алогерніопластики. Віддалені результати лікування у терміни від 1 до 7 років вивчено у 1200 пацієнтів шляхом анкетування і повторних оглядів. Рецидиви виявлено у 5 осіб (0,4%), що підтверджує високу ефективність сучасних відкритих і лапароскопічних способів хірургічного лікування пахвинних гриж.

Список літератури знаходиться в редакції.