

В.О. Шапринський<sup>1</sup>, д. мед. н., професор, завідувач кафедри хірургії № 1, В.І. Горовий<sup>1,2</sup>, к. мед. н., доцент  
<sup>1</sup>Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
<sup>2</sup>Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова

# Історичні аспекти хірургічного лікування пахвинних гриж

У статті представлено факти хірургічного лікування пахвинних гриж від античних часів до наших днів, історичні постаті хірургів та їхній внесок у світову герніологію, розглянуто малоінвазивні та лапароскопічні методики пахвинної герніопластики в контексті розвитку галузі, зокрема історії Європейського товариства герніологів (EHS).  
**Ключові слова:** пахвинна грижа, історія пахвинної герніопластики, Європейське товариство герніологів.

"The history of hernia is the history of surgery" (Nyhus L., Condon R., 1995)

Пахвинні грижі є найбільш частим хірургічним захворюванням, і серед усіх хірургічних втручань герніопластика посідає друге місце за частотою після апендектомії [1-3, 12, 19, 22]. Ризик бути прооперованим із приводу пахвинної грижі протягом життя мають 27% чоловіків. В Україні щорічно з приводу пахвинних гриж виконують близько 40 тис. операцій, в Англії – 80 тис., у США – 700 тис.

## Анатомічні дослідження та давня практика лікування пахвинних гриж

Грижі супроводжують людей із моменту їх появи, а історія хірургії тісно пов'язана з історією хірургічного лікування пахвинних гриж. Описання анатомії передньої черевної стінки виявлені 6 тис. років тому в єгипетських папірусах невідомими авторами. Німецький дослідник-єгиптолог Georg Moritz Ebers (1837-1898) із Берлінського університету купив папіруси під час подорожі Єгиптом у 1873 р. та переклав їх у 1875 р. [11, 29] (рис. 1). У папірусах згадувалися праці, які датуються 3000-2500 р. до н.е. Пізніше норвезький лікар Bendix Ebbell доповнив переклад єгипетських папірусів і виявив, що у той період людство знало про грижі живота, вміло їх діагностувати й лікувати. В єгипетській гробниці Ankhmahor у селищі Саккара (2500 років до н.е.) було знайдено скульптуру лікаря, який оперує пахвинну грижу й робить обрізання (рис. 2). У мумії фараона Merneptah

(1215 років до н.е.) була відсутня калитка, оскільки у той час пахвинні грижі лікували видаленням калитки та яєчка [3, 12]. Багато мумій відомих у той час людей виявлено з великими грижами живота.

Aulus Cornelius Celsus (25 р. до н.е. – 50 р. н.е.) із Риму захоплювався філософією, воєнною стратегією, медициною. Він описав симптоми грижі та ознаки її защемлення, а також висічення та перев'язку грижового мішка через пахвинний розріз із наступним залишенням рани відкритою (без ушивання) з метою її грануляції (рис. 3). На думку вченого, розвиток рубцевої тканини пахвинної ділянки не давав можливості органам черевної порожнини випинатися назовні. А.С. Celsus дав класичне визначення грижі як випинання внутрішніх органів через вроджені або набуті «ворота». Він також запропонував спосіб транслюмінації калитки для диференціальної діагностики защемленої грижі та водянки яєчка. При защемленій грижі А.С. Celsus розтинав грижовий мішок та защемлює кільце і вправляв вміст мішка у черевну порожнину [1].

Грецький лікар гладіаторів Claudius Galen (129-201) із Pergamon описав мускулатуру нижньої половини передньої черевної стінки та грижовий мішок, а також був впевнений, що в основі грижі лежить патологія двох зовнішніх м'язів передньої черевної стінки (рис. 4). С. Galen рекомендував видалити грижовий мішок, виконувати перев'язування сім'яного канатика й видалити

яєчко. Протягом 100 років ці рекомендації виконували всі хірурги. Саме С. Galen започаткував термін «грижа», йому також належить концепція походження грижі [1].

Загалом, хірургічні методи лікування пахвинних гриж у той період були прості та примітивні, часто призводили до каліцтва. При пахвинних грижах виконували висічення грижового мішка разом із яєчком, перев'язування грижового мішка разом із сім'яним канатиком, розсічення грижового кільця (келотомія), звукування



Рис. 5. Консервативне лікування пахвинних гриж у Середні віки (500-1500 рр.) із використанням ручного вправлення та спеціальних грижових поясів [15]



Рис. 6. Guy de Chauliac (1298-1368) (а) та його метод лікування защемленої пахвинної грижі у положенні з опущеним головним кінцем (б) [22]

грижового отвору після вправлення органів у черевну порожнину та припікання країв розпеченим залізом. Часто операції супроводжувалися смертю хворих, оскільки операції виконували в доасептичну епоху. Лікуванням пахвинних гриж займалися люди, які не мали відношення до медицини, їх називали «кільними лікарями» [1].

У Середні віки (500-1500 рр.) хірурги успішно вправляли пахвинні грижі, використовуючи спеціальні грижові пояси (рис. 5), а також виконували спроби радикального лікування таких гриж [15, 22]. Але відсутність анатомічних знань (через заборону розтинів) призводила до виконання ними травматичних втручань. Paul of Aegina (625-690) із Олександрії (Єгипет) у 650 р. описав калиткові та некаліткові пахвинні грижі, рекомендував для їх лікування виконувати перев'язування зовнішнього пахвинного кільця та сім'яного канатика, а також охієктомію [3]. Мавританський хірург Albucasis у 1000 р. написав книгу з описом інструментів і методів лікуванням гриж, які використовували його предки, у тому числі і припіканням залізом грижового випинання. У 1000 р. арабський лікар Avicenna використовував аускультацию для диференціальної діагностики пахвинної грижі та гідроцеле. William of Salicet (1210-1277) у 1250 р. виступав за збереження яєчка при лікуванні пахвинних гриж. Професор медицини Mondino de Luzzi із Bologna у 1300 р. описав анатомію пахвинних гриж.

Guy de Chauliac (1298-1368), хірург із Франції, у 1300-х роках написав книгу «Chirurgia Magna», у якій висвітлив відмінності між пахвинною та стегноювою грижею, а також використовував положення тіла з опущеним головним кінцем та мануальне вправлення защемленої пахвинної грижі (положення Тренделенбурга) (рис. 6). У своїй книзі G. de Chauliac описав шість старих і нових принципів хірургічного лікування пахвинних гриж, які базувалися на досвіді його попередників (ампутація яєчка за Galen, припікання



Рис. 7. Картина XV ст., на якій Guy de Chauliac дає уроки з анатомії [16]



Рис. 1. Папіруси Ebers [15]



Рис. 3. Aulus Cornelius Celsus (25 р. до н.е. – 50 р. н.е.) [1]



Рис. 2. Єгипетська гробниця Ankhmahor у селищі Саккара (2500 років до н.е.) із скульптурою лікаря, який виконує обрізання та видалляє пахвинну грижу [3]



Рис. 4. Claudius Galen (129-201) із Pergamon [29]





Рис. 8. Малюнки хірурга Caspar Stromayr із його книги «Practica Copiosa» (1559 р.)

грижового випинання за Albucasis та ін.) [3, 22] (рис. 7).

Заборона розтинів та операцій, а також страх перед Церквою у той період часу стримували розвиток герніології (до кінця XIV ст.). Тому хірургічні операції у хворих із пахвинними грижами за тих часів були травматичними та калічашими. Великий летальності після герніопластики сприяли відсутність анестезії, асептики та антисептики. Німецький хірург та офтальмолог Caspar Stromayr у 1559 р. видав прогресивну на той час книгу «Practica Copiosa», у якій представив кольорові малюнки операцій з усунення пахвинної грижі шляхом перев'язування сім'яного канатика та видалення яєчка, підготовки хворого до операції, інструментарію та післяопераційної реабілітації [3, 12, 19, 22] (рис. 8).

У цей період часу були також спроби виконання герніопластики видатними хірургами. Французький хірург Pierre Franco (1500-1561) першим описав і виконав операцію із приводу защемленої грижі. Знаменитий французький хірург, «батько» сучасної клінічної хірургії, військовий лікар чотирьох французьких королів, анатом, винахідник Ambroise Pare (1510-1590) описав техніку грижесічення з видаленням грижового мішка та зашиванням очеревини

нитками із золота [3, 12, 22] (рис. 9). Італійський анатом Gabriele Falloppio (1523-1562), який відкрив маткові труби у жінок, займався вивченням статевих органів людини і вперше описав пахвинну зв'язку у своїй книзі у 1562 р. [22] (рис. 10).

Ера топографічної анатомії та розтинів (1700-1900 рр.), просвітництва (ренесансу) характеризується відділенням хірургів від цирульників і розвитком анатомії передньої черевної стінки та пахвинного каналу. Центром досліджень стала Франція. Francois Poupart (1661-1709) – французький анатом, лікар та етмолог у 1695 р. описав пахвинну зв'язку як щільний сполучнотканинний тяж у вигляді жолобка, що перекидується між передньою верхньою остю клубової кістки та локвовим горбком. У 1817 р. французький анатом Jules Germain Cloquet (1790-1883) описав задню поверхню передньої черевної стінки [22, 24, 31] (рис. 11). Французький анатом Borgos Annet Jean у 1823 р. рекомендував виділяти у пахвинному каналі «дах» (верхня стінка) та «дно» (нижня стінка), описав нижні надчеревні судини та передочеревинний простір латеральніше й позаду них (пахвинної зв'язки) та перед очеревиною – простір Borgos, або позадупахвинний (ретроінгвінальний) (рис. 12).

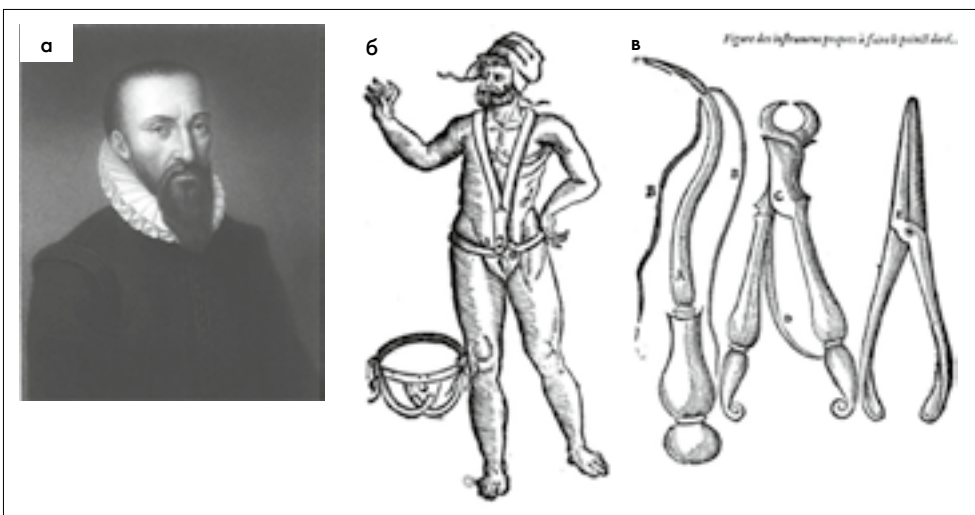


Рис. 9. Ambroise Pare (1510-1590) (а) та бандаж пахвинної грижі із його книги «Of tumours against nature in general» (1649), яку було переведено англійською у 1649 р. (б). Книга слугувала керівництвом для хірургів упродовж століття і витримала численні перевидання у Франції. Інструменти Ambroise Pare для виконання герніопластики (в) [1, 11, 22]



Рис. 10. Gabriele Falloppio (1523-1562) [22]



Рис. 11. Задня поверхня передньої черевної стінки з роботи французького анатома J.G. Cloquet [31]

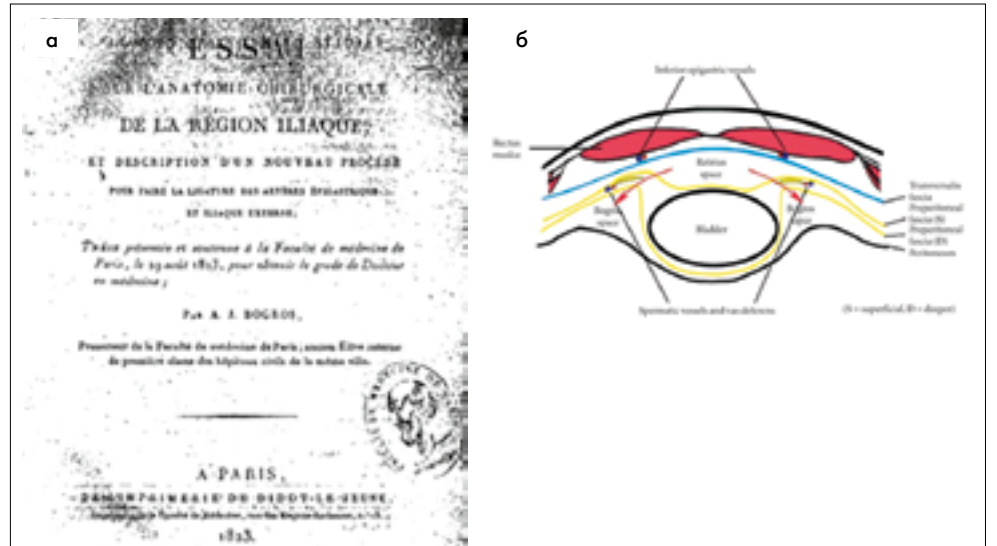


Рис. 12. Робота французького анатома A.J. Borgos (1823) стосовно позадупахвинного (ретроінгвінального) простору (а). Залобковий передочеревинний простір Retzius та передочеревинний простір Borgos (б) [8, 22]

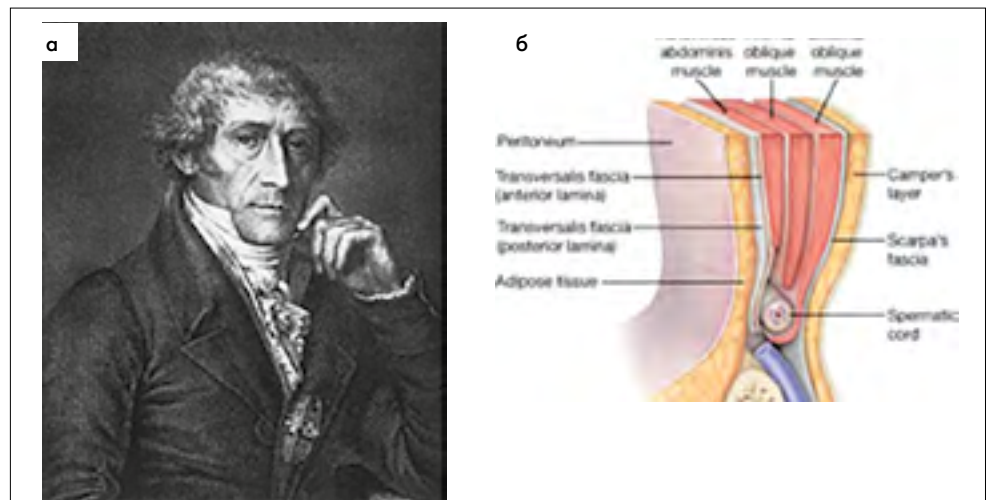


Рис. 13. А. Scarpa (1752-1832) (а). Передня стінка живота в ділянці пахвинного каналу та фасції Scarpa і Camper (б) [12, 22]

У 1858 р. шведський анатом Retzius Anders Adolf (1796-1860) описав передочеревинний залобковий простір, не будучи знайомий із роботою A.J. Borgos. У 1793 р. іспанець Antonio Gimbernat (1734-1816) представив у своїй монографії лакунарну (затокову) зв'язку при вивченні защемлених стегнових гриж [22]. Італієць Antonio Scarpa (1752-1832) описав поверхневу фасцію живота, яка покриває зовнішній косий м'яз живота (продовжується на промежину у вигляді фасції Colles), а також стегновий трикутник Scarpa (ділянка верхньої третини стегна) (рис. 13, 14).

Petrus Camper (1722-1789) – анатом із Нідерландів у 1750 р. описав поверхневий листок фасції живота, який продовжується у фасцію стегна, промежини та калитки. Німець Franz Kaspar Hesselbach (1759-1816) у 1814 р. впровадив поділ пахвинних гриж на внутрішні (прямі) і зовнішні (косі) залежно від їх розташування відносно нижніх надчеревних судин, а також описав трикутник, який був названий на його честь [12] (рис. 15).

Ф.К. Hesselbach описав між'ямкову зв'язку та решітчасту фасцію стегна. Сер Astley Paston Cooper (1768-1841) у 1804 р. вперше описав поперечну фасцію та гребінчасту

зв'язку (остання була названа на його честь – зв'язка Купера) (рис. 16) [31]. В урогінекології зв'язку Купера використовують

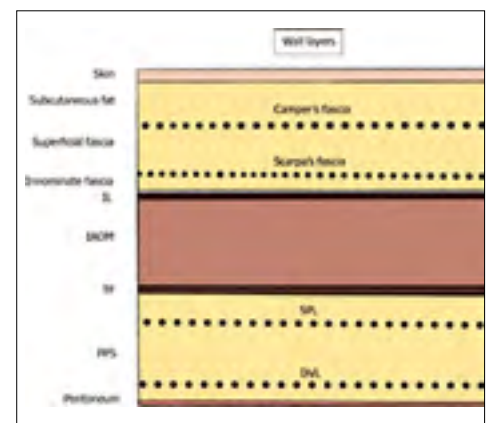


Рис. 14. Передня стінка живота в ділянці пахвинного каналу та фасції Scarpa і Camper на поперечному розтині [13]: ІЛ – пахвинна зв'язка; ІАОМ – внутрішній косий м'яз живота; ТФ – поперечна фасція; РПС – передочеревинний простір; SPL – поверхневий вісцеральний шар; DPL – глибокий вісцеральний шар

Продовження на стор. 22.



**В.О. Шапринський**<sup>1</sup>, д. мед. н., професор, завідувач кафедри хірургії № 1, **В.І. Горвий**<sup>1,2</sup>, к. мед. н., доцент  
<sup>1</sup>Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
<sup>2</sup>Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова

## Історичні аспекти хірургічного лікування пахвинних гриж

Продовження. Початок на стор. 20.

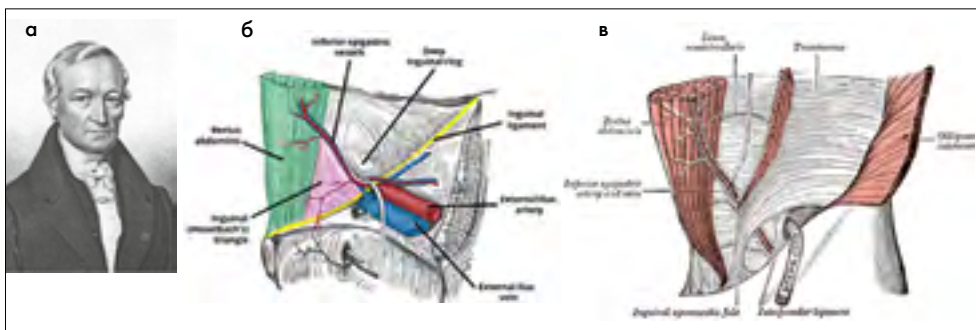


Рис. 15. F.K. Hesselbach (а). Задня поверхня правої половини передньої черевної стінки та трикутник Hesselbach (б). Між'ямкова зв'язка Hesselbach пахвинної ділянки (в) [3]

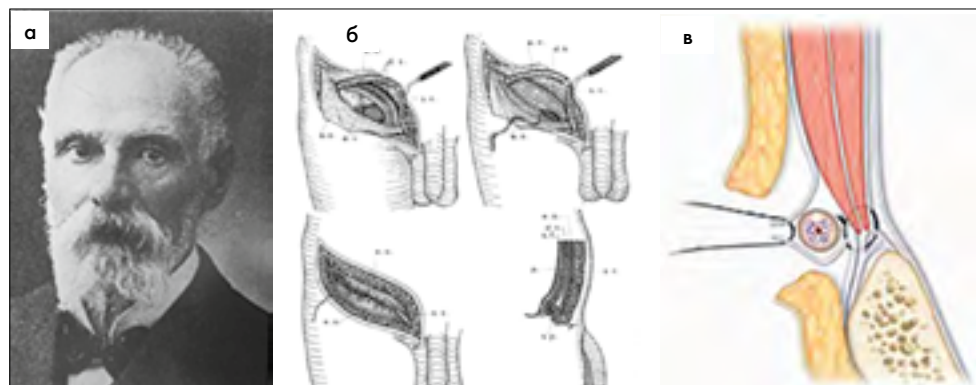


Рис. 19. Італійський хірург E. Bassini (1844-1924) (а) та його оригінальна робота із пластики задньої стінки пахвинного каналу (б). Схематичне зображення операції за Bassini на сагітальному розрізі (в) [1, 11, 15]



Рис. 16. А.Р. Коопер (1768-1841) (а) та його книга з анатомії і хірургічного лікування гриж живота (б) [3]

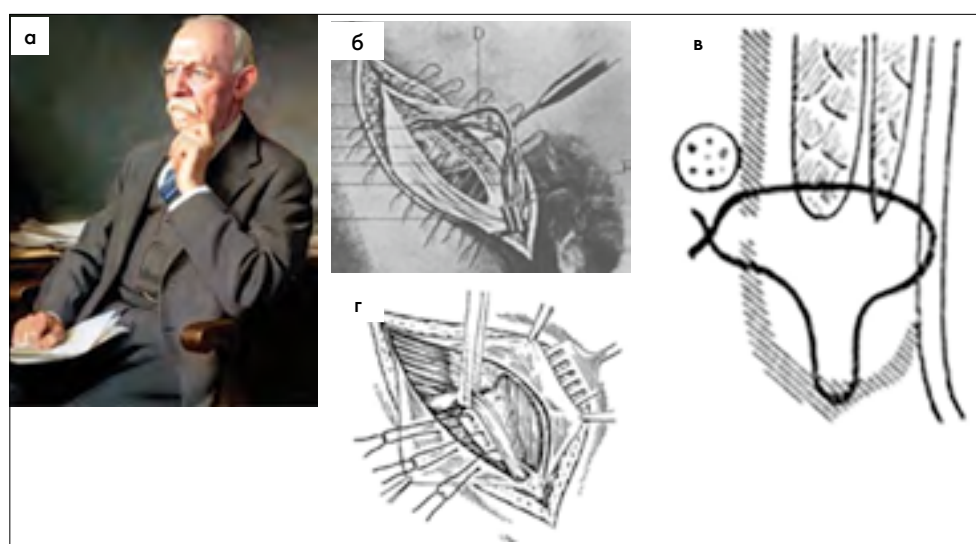


Рис. 20. W. Halsted (1852-1922) (а), малюнок із його оригінальної роботи (б), схематичне зображення його операції з розташуванням сім'яного канатика у підшкірній клітковині (в), використання апоневрозу прямого м'яза живота для пластики пахвинного каналу (г) [2, 3, 22]

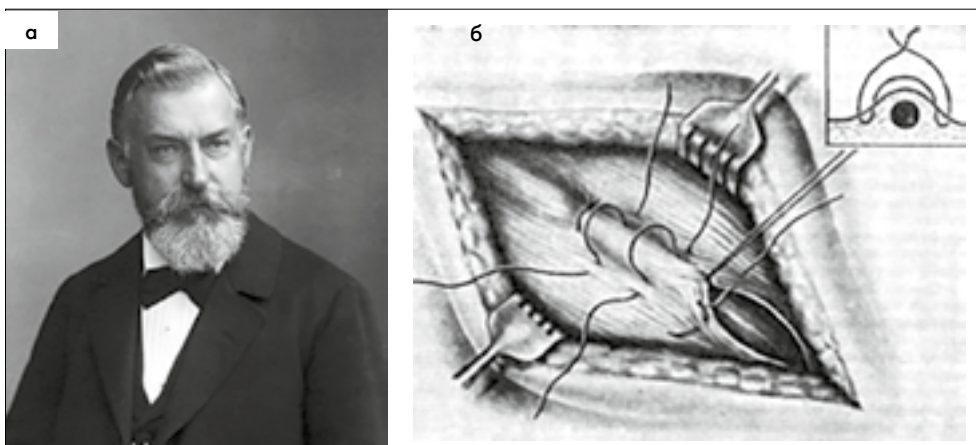


Рис. 17. V. Cherny (1842-1916) (а) та його методика пластики зовнішнього пахвинного кільця (б) [2, 11]

при підвішуванні до неї передньої стінки піхви у жінок зі стресовим нетриманням сечі (операція за Burch, 1961).

Подальший розвиток герніології був пов'язаний із американським дантистом William Thomas Green Morton (1819-1869) та англійським хірургом Joseph Lister (1827-1912). Перший у 1846 р. відкрив ефірний наркоз, а другий став засновником антисептики та асептики у хірургії. У 1867 р. J. Lister використав карболову кислоту та обґрунтував заходи щодо боротьби з хірургічною інфекцією.

Німецький хірург Vinsenz Cherny (1842-1916) описав пластику пахвинної грижі з високим перев'язуванням грижового мішка та ушиванням зовнішнього пахвинного

кільця [11] (рис. 17). Він першим виконав видалення матки через піхву у 1879 р., а у 1887 р. – резекцію нирки внаслідок її раку. V. Cherny у 1901 р. був президентом Товариства хірургів Німеччини, а у 1908 р. – Міжнародного конгресу хірургів. Henry Orville Marcy (1837-1924), американський хірург, анатом та філантроп із Бостона, рекомендував виконувати відділення грижового мішка від сім'яного канатика з високим перев'язуванням мішка, зміщувати сім'яний канатик латерально, закривати внутрішнє пахвинне кільце та поперечну фасцію при косих пахвинних грижах за допомогою двох кетгутуових швів [11, 22] (рис. 18). Високе перев'язування грижового мішка сьогодні використовують у дитячій хірургії.

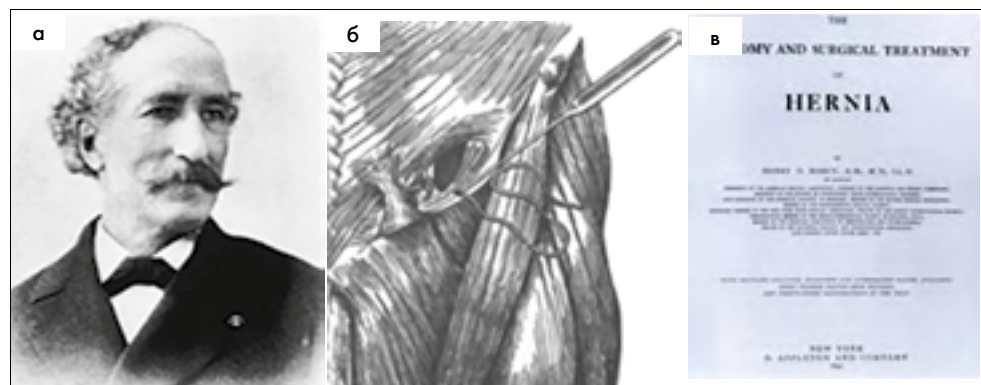


Рис. 18. H.O. Marcy (1837-1924) (а), його методика закриття внутрішнього пахвинного кільця (б) та книга з анатомії і хірургічного лікування гриж (в) [3, 22]

Італієць Eduardo Bassini (1844-1924) увійшов в історію завдяки його революційній концепції підходу до лікування пахвинних гриж [3, 11, 32] (рис. 19). На його думку, основним критерієм успішної герніопластики пахвинної грижі є відновлення задньої стінки пахвинного каналу і звуження його внутрішнього отвору до нормальних розмірів. У 1887 р. він описав свою методику пахвинної герніопластики шляхом підшивання нижніх країв внутрішнього косого та поперечного м'язів живота разом із верхнім клаптом розсіченої поперечної фасції до пахвинної зв'язки, при цьому край апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота зшивав над сім'яним канатиком край у край. Американець William Stewart Halsted (1852-1922) у 1889 р. модифікував операцію

E. Bassini шляхом розміщення сім'яного канатика у підшкірній клітковині, що дозволило більш ефективно укріпити задню стінку пахвинного каналу (рис. 20). W. Halsted також рекомендував для пластики пахвинного каналу використовувати апоневроз прямого м'яза живота [2, 9, 22]. Paolo Postemski з Риму у 1890 р. модифікував метод W. Halsted шляхом високого зміщення внутрішнього пахвинного кільця та вшивання зовнішнього пахвинного кільця (надав пахвинному каналу нового напрямку). Американець Chester McVay (1911-1987) у 1941 р. удосконалив методику пластики задньої стінки пахвинного каналу шляхом використання для реконструкції не пахвинної зв'язки, а гребінчастої зв'язки Купера (рис. 21). Цю методику до С. McVay

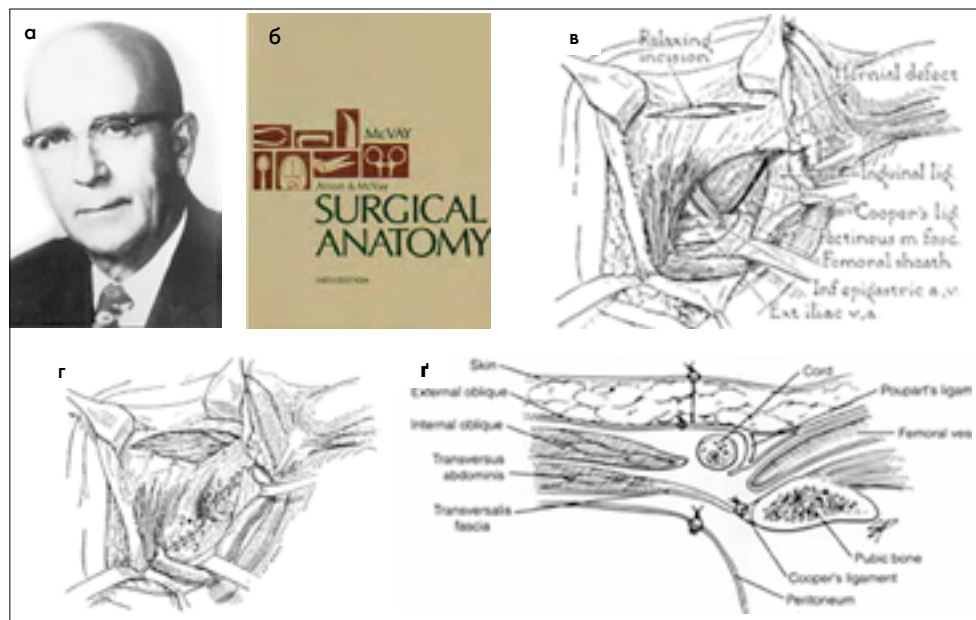
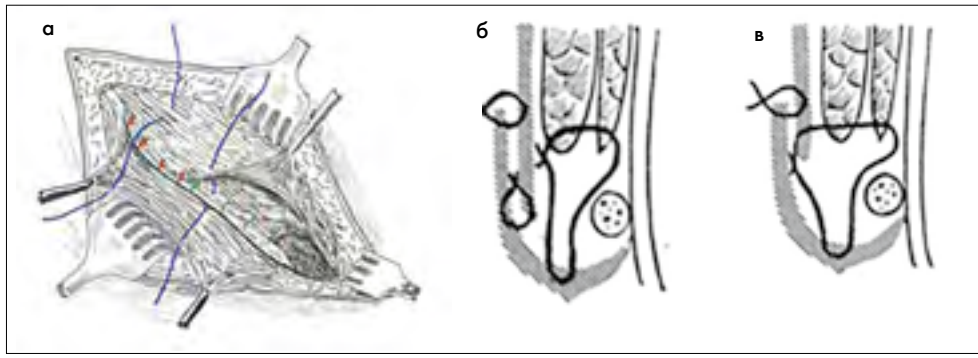
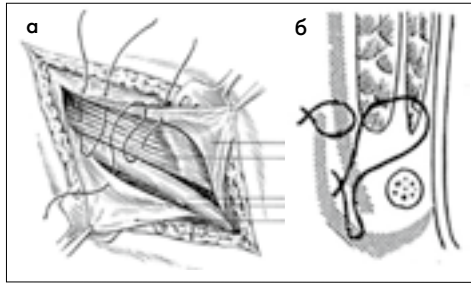


Рис. 21. С. McVay (1911-1987) (а), його книга (1983 р.) із хірургічної анатомії (б), методика пластики задньої стінки пахвинного каналу шляхом використання гребінчастої зв'язки Купера (в, г – оригінальні малюнки з його роботи (1954 р.); г – схематичне зображення операції [3, 7, 19, 33]

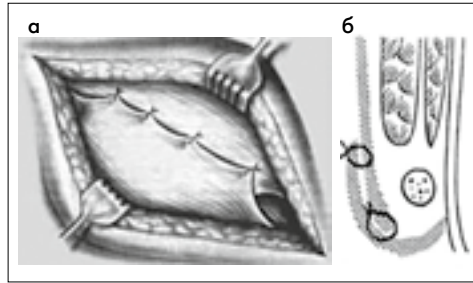




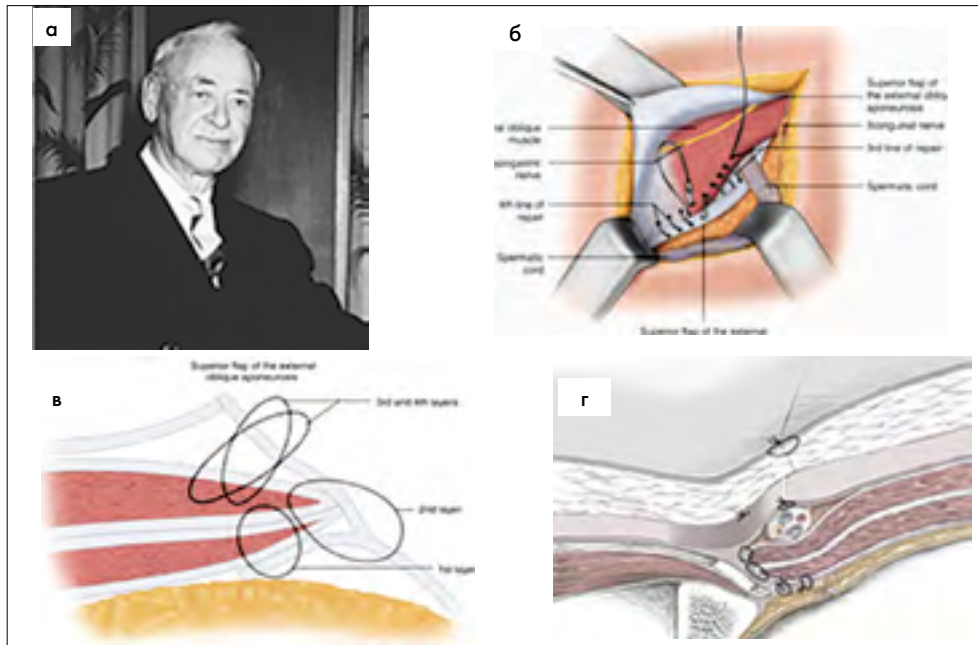
**Рис. 22. Операція за Girard:** а – зеленими нитками вказано фіксацію внутрішнього косого та поперечного м'язів до пахвинної зв'язки, червоними – фіксацію апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота до пахвинної зв'язки, синіми – дуплікатуру апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота; б – схематичне зображення операції за Girard на сагітальному розрізі; в – операція за Girard – Спасокукоцьким [2, 3]



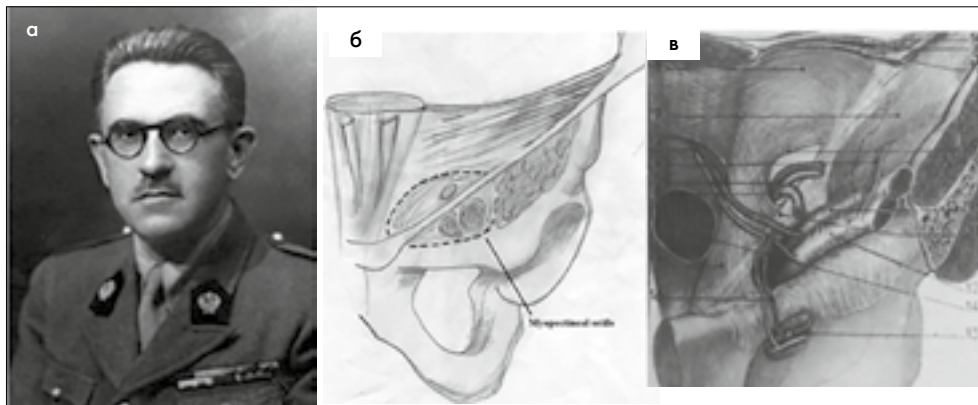
**Рис. 23. Операція за Girard – Спасокукоцьким зі швом Кімбаровського:** а – накладання швів; б – схематичне зображення операції на сагітальному розрізі [2]



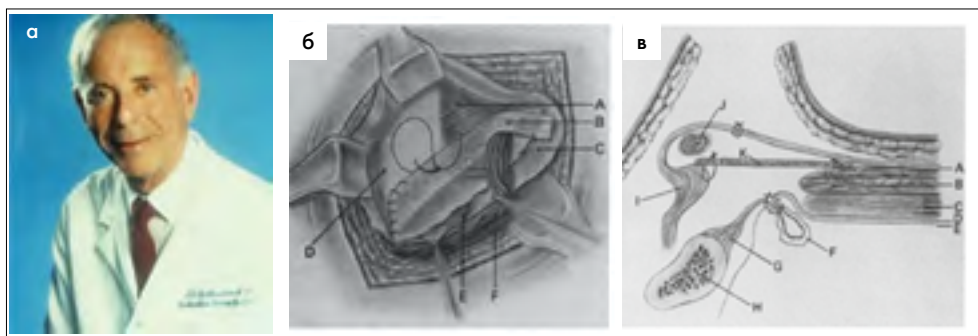
**Рис. 24. Операція за Мартиновим:** а – верхній клапоть розсіченого апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота фіксований до пахвинної зв'язки, а нижній клапоть створив дуплікатуру; б – схематичне зображення операції на сагітальному розрізі [2]



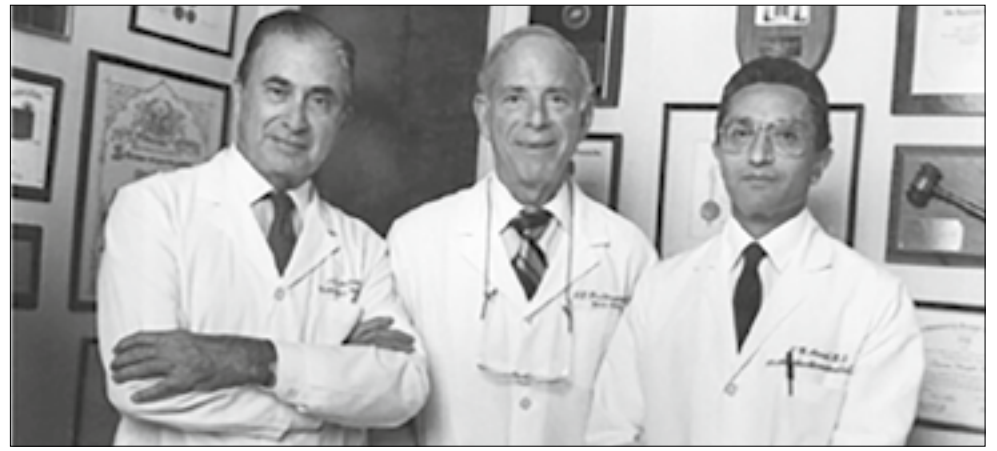
**Рис. 25. Е.Е. Shouldice (1890-1965) (а) та його методика багат шарової пластики пахвинного каналу (б-г) [3, 19]**



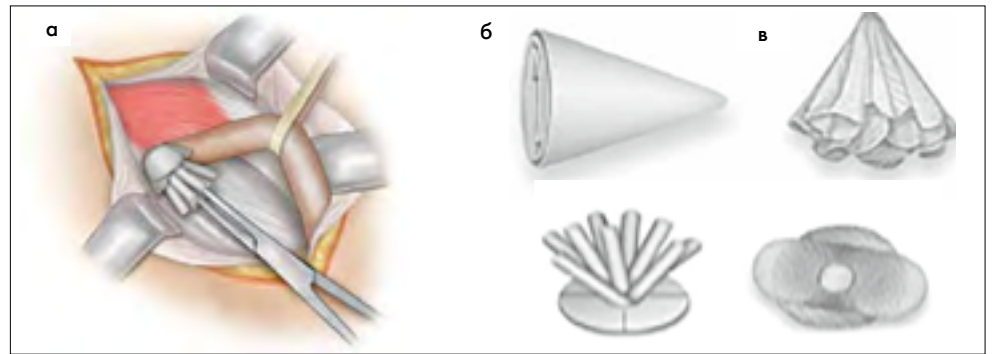
**Рис. 26. Н. Fruchaud (1894-1960) (а) та його малюнок м'язово-гребінчастого отвору (видляд спереду) (б). Малюнок задньої поверхні передньої черевної стінки з його книги «Anatomie chirurgicale des hernies de l'aîne» (1956) (в) [3, 22]**



**Рис. 27. І.Л. Lichtenstein (1920-2000) (а); встановлення сітчастого імпланта за його методикою (б); схематичне зображення герніопластики з його оригінальної роботи (в) [18]**



**Рис. 28. І.Л. Lichtenstein (у центрі) із колегами А.Г. Shulman та Р.К. Amid [22]**



**Рис. 29. Правобічна герніопластика за А. Gilbert шляхом встановлення у грижовий дефект конусоподібної сітчастої «затички» (а); конусоподібні сітчасті «затички» (б, в) [12]**

використав австрійський хірург Georg Lotheissen (1868-1935) у 1898 р., тому її також називають операцією за Lotheissen – McVay [3, 22, 33]. С. McVay рекомендував для зменшення натягу лінії анастомизу виконувати послаблюючі розрізи переднього та заднього листків прямого м'яза живота.

Girard у 1894 р. запропонував методику пластики пахвинного каналу шляхом зшивання внутрішнього косого й поперечного м'язів до пахвинної зв'язки над сім'яним канатиком, а потім створення дуплікатури апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота (рис. 22). С.І. Спасокукоцький (1870-1943) у 1902 р. модифікував методику за Girard шляхом одночасної фіксації внутрішнього косого й поперечного м'язів живота разом із апоневрозом зовнішнього косого м'яза до пахвинної зв'язки над сім'яним канатиком. При цьому зшивалися між собою однорідні тканини – апоневроз зовнішнього косого м'яза живота та пахвинна зв'язка (рис. 23). Остання операція була популярною в колишньому СРСР поряд з операцією за А.В. Мартиновим (1868-1934), яку було впроваджено в хірургічну практику у 1892 р. (рис. 24). При операції за Мартиновим (частіше використовували в дитячій хірургії) створювали лише дуплікатуру апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота після фіксації розсіченого апоневрозу (верхнього листка) до пахвинної зв'язки над сім'яним канатиком.

Edward Earl Shouldice (1890-1965) із Торонто у 1953 р. розробив метод багат шарової (у 4 шари) пахвинної герніопластики й особливу роль відводив поперечній фасції (створював її дуплікатуру) (рис. 25). Деякий час операція за Shouldice набула навіть статусу золотого стандарту хірургічного лікування пахвинних гриж місцевими тканинами. Описані вище аутопластичні натяжні

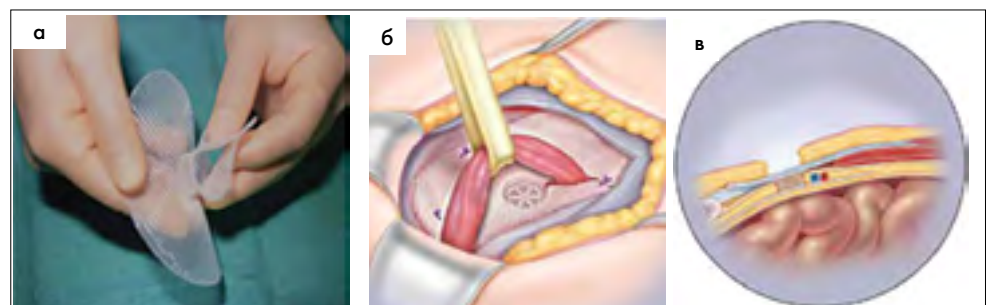
методи герніопластики мали достатньо високий відсоток рецидиву (до 10-20%), хоча у Shouldice Hospital (відкритий у 1945 р.) при лікуванні пахвинних гриж цей показник був значно нижчим – 3% [15].

Значний внесок у розвиток пахвинної герніопластики зробили французькі хірурги. У 1956 р. Henri Fruchaud (1894-1960) написав монографію з анатомії пахвинних гриж і виділив слабке місце пахвинної ділянки – м'язово-гребінчастий отвір, або кільце [3, 22, 31] (рис. 26).

Нова ера герніопластики пахвинних гриж почалася із впровадження алопластичних синтетичних штучних матеріалів для закриття грижових воріт. У 1941 р. був синтезований нейлон, у 1957 р. – поліетилен, у 1958 р. – політетрафлюороетилен, у 1963 р. – гортекс. Грижові ворота почали успішно закривати клаптем із синтетичних матеріалів (імплантів). Француз Don Eugène Asquaviva у 1944 р. вперше використав сітку з нейлону, Francis Usher (1908-1980) у 1959 р. виконав ненастяжну герніопластику за Bassini із використанням марлексу (поліетилену). У 1984 р. американець Irving Lichtenstein (1920-2000) запропонував і почав виконувати, а у 1989 р. опублікував техніку ненастяжної пластики пахвинного каналу без попередньої його реконструкції за допомогою поліпропіленової сітки [6, 18] (рис. 27). Він заснував Інститут грижі у Лос-Анжелесі (США), який пізніше став носити його ім'я. Після виконання перших тисячі операцій автор протягом 5 років відмітив лише одиничні випадки рецидиву пахвинної грижі. Його традиції продовжили колеги та учні А.Г. Shulman і Р.К. Amid (рис. 28).

У 1987 р. американський хірург Arthur Gilbert запропонував уводити у грижовий дефект конусоподібну сітчасту «затичку» для лікування пахвинних гриж, а у 1999 р. описав методику одночасного встановлення двох протезів в online та sublay положеннях

Продовження на стор. 24.



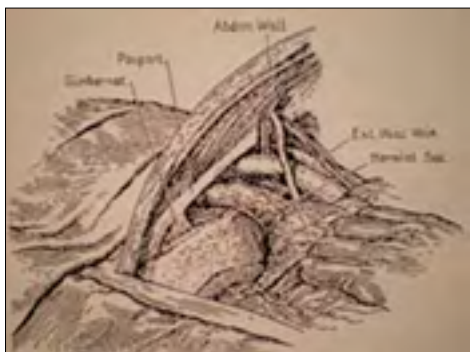
**Рис. 30. Пахвинна герніопластика із встановленням сітчастого імпланта PHS (prolen hernia system) (а-в) [12]**



**В.О. Шапринський**<sup>1</sup>, д. мед. н., професор, завідувач кафедри хірургії № 1, **В.І. Горвий**<sup>1,2</sup>, к. мед. н., доцент  
<sup>1</sup>Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
<sup>2</sup>Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова

## Історичні аспекти хірургічного лікування пахвинних гриж

Продовження. Початок на стор. 20.



**Рис. 31. Малюнок із оригінальної роботи G.L. Cheatle стосовно лікування пахвинних та стегнових гриж середнім абдомінальним передочеревинним доступом [31]**

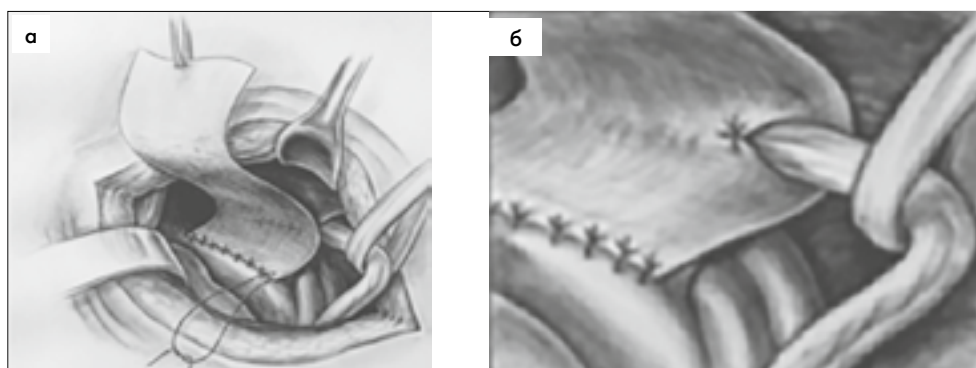
для пластики задньої й передньої стінок пахвинного каналу (prolen hernia system, PHS) (рис. 29, 30) [12]. Іра Rutkow та Alan Robins із Нью-Джерсі у 1988 р. виконали встановлення сітчастого імпланта за Lichtenstein та сітчастою «затички» за Gilbert.

### Передочеревинний доступ при хірургічному лікуванні пахвинних гриж

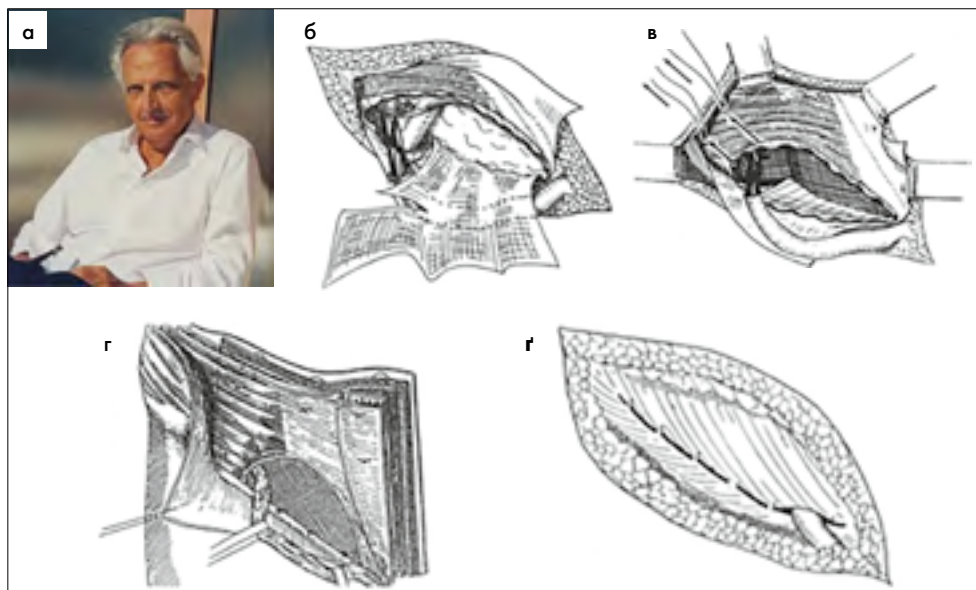
У 1876 р. британець Thomas Annandale (1838-1907) першим запропонував концепцію пластики задньої стінки пахвинного

каналу передочеревинним трансінгвінальним (переднім) доступом у хворого з поєднаними пахвинними (медіальною, латеральною) та стегноюю грижами [22, 31]. Він став піонером трансінгвінальної передочеревинної пластики (TIPP). Гінеколог Lawson Tait (1845-1899) у 1891 р. запропонував під час хірургічних втручань на тазових органах симультанно виконувати передочеревинну пластику пахвинних гриж середнім абдомінальним (заднім) доступом. Він представив свою доповідь на секції хірургії Британської медичної асоціації того ж року. Сер George Lenthal Cheatle (1865-1951) із Лондона застосовував абдомінальний середній передочеревинний доступ (а пізніше – поперечний за Pfannenstiel) у 1920-1921 рр. при лікуванні пахвинних та стегнових гриж [24] (рис. 31).

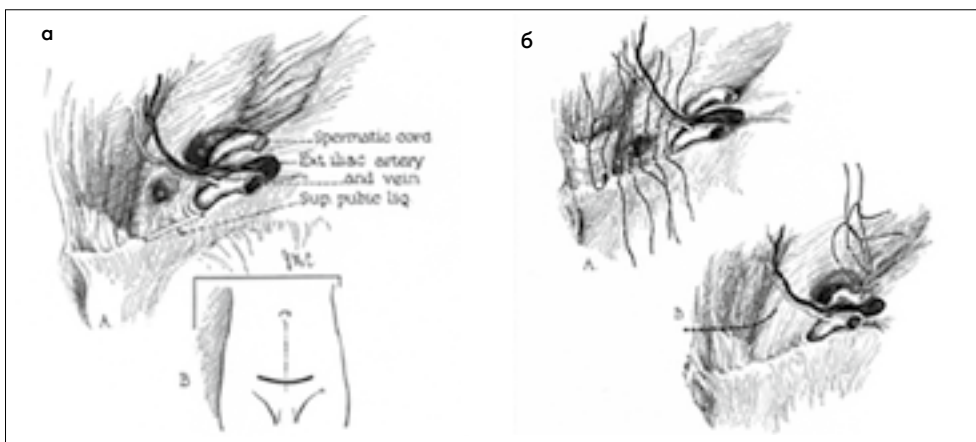
Ф.К. Henry (1886-1962) із Великої Британії у 1936 р. повторно описав середній абдомінальний передочеревинний доступ за Cheatle спочатку для лікування стегнових, а потім і пахвинних гриж [24]. При пахвинній герніопластичі він змушував внутрішнє пахвинне кільце навколо сім'яного каналу шляхом зшивання країв поперечної фасції. В Америці середній абдомінальний передочеревинний доступ у 40-х роках минулого століття називали доступом



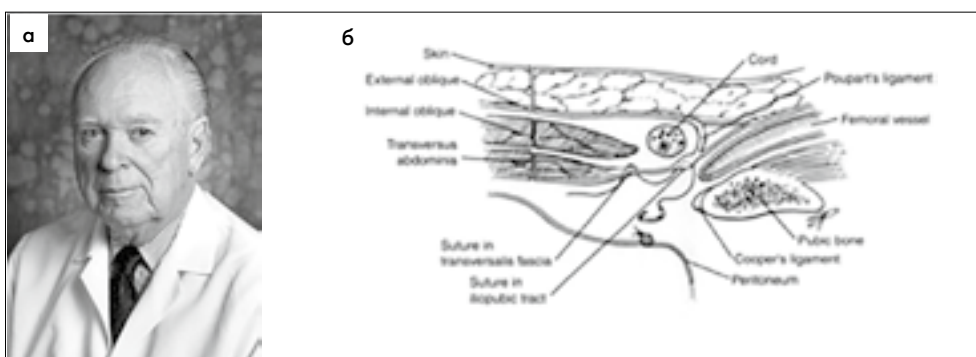
**Рис. 35. Передочеревинна пластика рецидивних пахвинних гриж із застосуванням сітчастого поліпропіленового імпланта за L.M. Nyhus та співавт. (1988) (а, б) [21]**



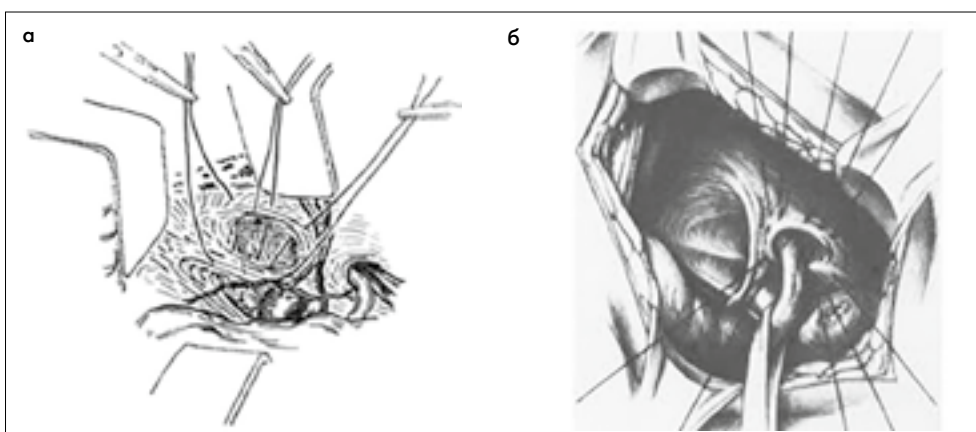
**Рис. 36. Французький хірург J. Rives (1922-2012) (а) та його TIPP-техніка пахвинної герніопластики (б-г) [3, 22]**



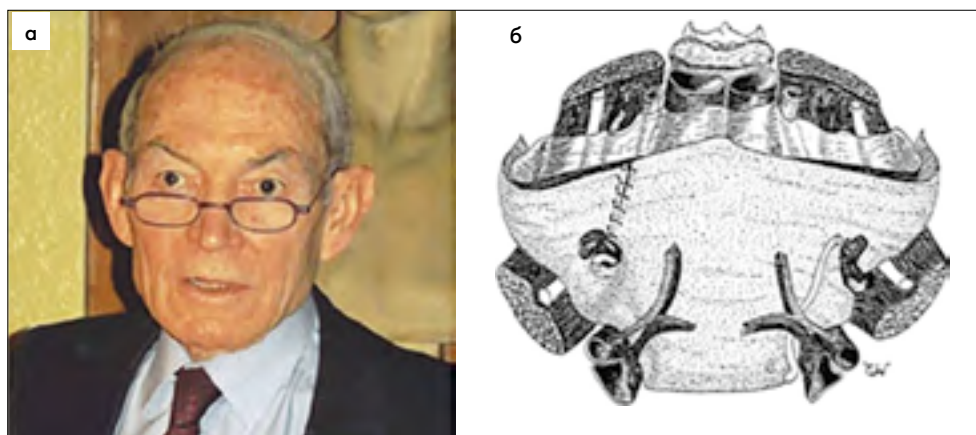
**Рис. 32. Етапи (а, б) безпротезної передочеревинної герніопластики прямих та косих пахвинних гриж за W.K. Jennings (1942) [26]**



**Рис. 33. Американський хірург L.M. Nyhus (1923-2008) (а) та схематичне зображення передочеревинної пахвинної герніопластики шляхом зшивання арки поперечного м'яза живота із клубово-лобковим трактом (б) [22]**



**Рис. 34. Правобічна передочеревинна безпротезна герніопластика прямої (а) та косої (б) пахвинних гриж за Nyhus шляхом зшивання арки поперечного м'яза живота із клубово-лобковим трактом [20]**



**Рис. 37. R. Stoppa (1921-2006) (а) та його великий дакронний протез GPRVS для зміцнення (заміщення) поперечної фасції (б) [13, 22]**

за Cheatle – Henry, і його використовував W.K. Jennings із колегами у 1942 р. [25, 26] (рис. 32). Автори зшивали поперечну фасцію та арку поперечного м'яза живота із клубово-лобковим трактом. Але W.K. Jennings відмовився від зашивання поперечної фасції у такий спосіб при великих косих пахвинних грижах через значний відсоток рецидивів. P.G. McEvedy почав використовувати для передочеревинної герніопластики параректальний вертикальний (1950 р.) та косий (1958 р.) доступи, а Lloyd Milton Nyhus у 1960 р. – параректальний поперечний (так звані відкриті трансректальні передочеревинні пластики, або TREPP) (рис. 33) [31].

Популярність передочеревинної герніопластики належить американському хірургу L.M. Nyhus із Чикаго, який у 1959 р. описав 50 випадків передочеревинної пластики задньої стінки пахвинного каналу місцевими тканинами вертикальним середнім доступом (рис. 34) [20]. У 1960-х роках він популяризував передочеревинну пластику задньої стінки пахвинного каналу, дослідив анатомію клубово-лобкового тракту, а також при прямих пахвинних грижах використовував для пластики зв'язку Купера

[21-23]. Пластика пахвинних гриж переднім (трансінгвінальним) та заднім (супраінгвінальним) передочеревинними доступами із застосуванням місцевих тканин мала достатньо високий рецидив (до 10-30%), що було зумовлено натягом та ішемією пупартової зв'язки і м'язово-апоневротичних структур, а також утворенням грижі передньої черевної стінки іншої локалізації. Тому у 1988 р. L.M. Nyhus та співавт. [21] описали (почали застосовувати з 1975 р.) передочеревинну пластику рецидивних пахвинних гриж за допомогою сітчастого поліпропіленового імпланта (рис. 35).

Французький хірург Jean Rives (1922-2012) у 1965 р. почав застосовувати дакрон (поліестер) та встановлювати його у заочеревинному просторі на м'язово-гребінчастий отвір із пахвинного передочеревинного доступу (TIPP-техніка) (рис. 36). Rene Stoppa (1921-2006) у 1973 р. для зміцнення поперечної фасції (особливо при двобічних пахвинних грижах) запропонував великий дакронний протез – GPRVS (рис. 37) [3, 10, 22]. У 1984 р. R. Stoppa представив методику передочеревинної герніопластики односторонніх та двобічних пахвинних гриж



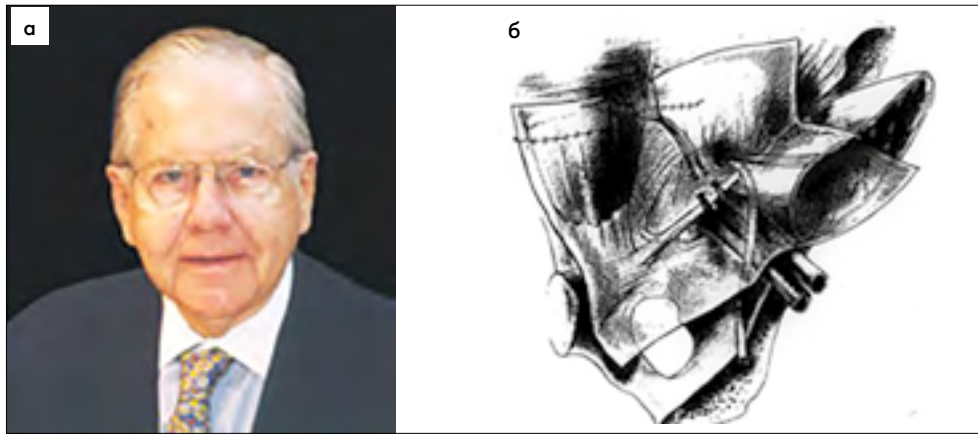


Рис. 38. Американський хірург G.E. Wantz (1923-2000) (а) та його протез для односторонньої пахвинної герніопластики надпахвинним (заднім) передочеревинним доступом (б) [10, 31]

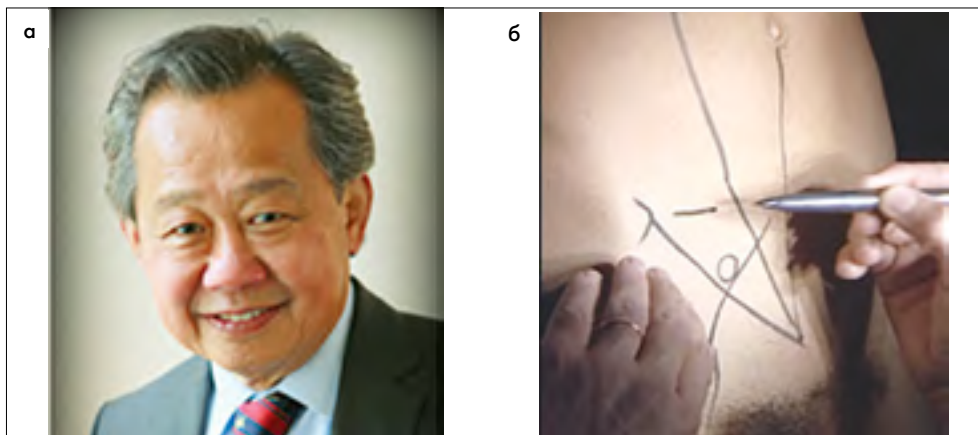


Рис. 39. F. Ugahary (а) та розріз за його методикою при виконанні мініінвазивної відкритої передочеревинної пахвинної герніопластики (МОПП) (б) [31]

із застосуванням дакронового протезу, популяризував передочеревинну герніопластику у Європі. Через больовий синдром у ділянці післяопераційної рани після встановлення GPRVS хірурги почали застосовувати два окремі сітчасті протези при двобічних пахвинних грижах. Американець George E. Wantz (1923-2000), засновник Американського герніологічного товариства, першим застосував дакроновий протез із одного боку надпахвинним (заднім) передочеревинним доступом (рис. 38) [10, 31]. Йому також належить ідея лапароскопічного встановлення сітчастого імплантата на задню стінку пахвинного каналу. Franz Ugahary популяризував мініінвазивну відкриту передочеревинну техніку (МОПП) у 1995 р. (рис. 39) [31].

#### Лапароскопічна та робот-асистована пахвинна герніопластика

Першу лапароскопічну операцію із приводу пахвинної грижі виконав P. Fletcher із Індії у 1979 р. шляхом закриття шийки грижового мішка [8]. Подібну операцію виконав американський анатом і загальний хірург Ralf Ger (народився у Південній Африці) у 1982 р., і також без пластики задньої стінки пахвинного каналу – шляхом накладання металевих кліпс на отвір грижового мішка (рис. 40) [8, 17, 22]. У 1989 р. гінеколог S. Vagojavalensky використав поліпропіленовий протез для закриття дефекту задньої стінки пахвинного каналу. З 1991 р. почався період внутрішньочеревного розміщення та фіксації синтетичного протезу – IPOM (intraperitoneal onlay mesh). Впровадження IPOM-техніки пов'язане з роботою G.M. Salerno, R.J. Fitzgibbon та C.J. Filipi [22]. У зв'язку з розвитком спайкової хвороби сітку почали розміщувати не у черевній порожнині, а у передочеревинному просторі шляхом розсічення парієтальної очеревини (трансабдомінальна передочеревинна пластика, або TAPP – transabdominal preperitoneal plastic). За даними літератури [8], M.E. Arregui у 1991 р. був першим, хто запровадив техніку TAPP. У 1992-1993 рр. хірурги (Dulucq J.I., Ferzli G.S., Himpens J.M., McKernan J.V., Laws H.L.) запропонували позаочеревинний ендоскопічний доступ та розміщення сітчастого протеза – TEP-техніку, або тотальну екстраперитонеальну пластику (TEP – total extraperitoneal plastic).

Переваги лапароскопічних малоінвазивних герніопластик над відкритими втручаннями: низька частота рецидиву пахвинної



Рис. 40. Ralph Ger (1921-2012)

грижі (0,8-2,2%) та ускладнень післяопераційної рани, естетичний результат, рідкість виникнення ішемічного орхіту, відсутність вираженого больового синдрому, швидке одужання та реабілітація хворого, можливість виконання герніопластики з обох боків. Крім того, при техніці TAPP виконують оглядову лапароскопію та діагностичку супутньої патології органів черевної порожнини. До недоліків лапароскопічних герніопластик відносяться необхідність загальної анестезії, висока вартість операції та складність опанування техніки операції.



Рис. 41. D.S. Finley – уролог із Лос-Анжелеса (США), який уперше виконав лапароскопічну робот-асистовану радикальну простатектомію та симультанну передочеревинну пахвинну герніопластику сітчастим імплантом



Рис. 42. Пристрої для виконання лапароскопічної однопортової пахвинної герніопластики [8, 12]



Рис. 43. Журнал (а) та логотип (б) EHS



Рис. 44. Президент EHS Filip Muysoms (м. Гент, Бельгія)

Щодо лапароскопічної роботизованої герніопластики (rTAPP), то урологи D.S. Finley та співавт. уперше застосували rTAPP-техніку у 2007 р. під час виконання лапароскопічної роботизованої радикальної простатектомії із приводу раку простати (рис. 41) [5, 27]. І лише у 2015 р. хірурги J.E. Domingues та співавт. виконали лапароскопічну робот-асистовану пахвинну герніопластику як окрему операцію. Сьогодні застосовують і роботизовану передочеревинну герніопластику екстраперитонеальним доступом (rTEP-техніка).

З метою зменшення рубців на передній черевній стінці від численних портів при лапароскопічних втручаннях, больового синдрому, ушкодження кишечника та органів черевної порожнини при встановленні портів було впроваджено однопортову лапароскопічну методику. При цьому через один отвір на передній черевній стінці вводять спеціальний пристрій із 3-4 отворами для лапароскопічних інструментів. Ця методика отримала назву LESS (laparoscopic single-site surgery), або «однопортова хірургія». Першу однопортову лапароскопічну пахвинну герніопластику виконали у 2009 р. J. Filipovic-Sugura та співавт. із Хорватії (рис. 42) [12].

Європейське товариство герніологів (EHS) – медичне товариство, яке займається вивченням та впровадженням стандартів у хірургічному лікуванні гриж. EHS об'єднує понад тисячу членів у 38 країнах, включає 19 національних осередків, у тому числі український [4]. Засновано 15 червня 1979 р. у Франції групою хірургів із метою

покращення хірургічного лікування пацієнтів із грижами передньої черевної стінки як EHS-GREPA (GREPA – Groupe de Recherche et d'Etudes de la Paroi Abdominale). Першим президентом EHS-GREPA став проф. Jean Henry Alexandre. У 1997 р. EHS-GREPA сумісно з Американським товариством герніологів (AHS) почало видавати журнал Hernia (рис. 43). У 2017 р. відбувся світовий конгрес герніологів у м. Мілані (Італія). У 2021 р. EHS-GREPA змінило назву на EHS. За ініціативою товариства (асоціації) проводяться щорічні з'їзди хірургів у галузі герніопластики в різних містах Європи. У 2018 р. такий з'їзд відбувся в Україні (м. Львів). Чинним президентом EHS є Filip Muysoms (м. Гент, Бельгія) (рис. 44). Наступний, 46-й з'їзд EHS відбудеться у Празі у 2024 р.

Українська асоціація хірургів-герніологів була створена у 2003 р., а із 2013 р. є повноправним членом EHS. Президент асоціації – проф. Я.П. Фелештинський (м. Київ). У 2010 р. у м. Вінниця та у 2015 р. у м. Івано-Франківськ були проведені Європейські школи герніологів (майстер-класи) «Сучасні технології герніології» за участю наукового секретаря EHS, президента Товариства герніологів Польщі проф. М. Сметанського та президента Української асоціації хірургів-герніологів проф. Я.П. Фелештинського. У 2023 р. така школа відбулась у Львові, загалом проведено десять майстер-класів у різних містах України.

Таким чином, герніологія як наука пройшла довгий і тернистий шлях свого розвитку та становлення – від перших повідлень у єгипетських папірусах до сучасних високотехнологічних роботизованих методик герніопластики з використанням різних синтетичних імплантів. Сучасні можливості хірургічного лікування дозволяють багатьом чоловікам, які страждають від пахвинних гриж, повернутися до звичної трудової діяльності з мінімальними ускладненнями та рецидивами захворювання.

#### Література

1. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота – М.: ООО «Мед. информ. агентство», 2005. – 384 с.
2. Кукуджанов Н.И. Паховые грыжи. – М.: «Медицина», 1969. – 440 с.
3. Abdominal wall hernias. Principles and management / Bendavid R. et al. – Springer. – 2001. – 792 p.
4. Alexandre J-H. The story of EHS-GREPA 1979-2014 / Hernia. – 2015. – Vol.19. – P. 349-354.

Продовження на стор. 26.



В.О. Шапринський<sup>1</sup>, д. мед. н., професор, завідувач кафедри хірургії № 1, В.І. Горовий<sup>1,2</sup>, к. мед. н., доцент  
<sup>1</sup>Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова  
<sup>2</sup>Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова

## Історичні аспекти хірургічного лікування пахвинних гриж

Продовження. Початок на стор. 20.

5. Al-Dhaheri, Mubarak R., Alwali A., Al-Yahri O. Robotic-assisted inguinal hernia repair: a historical review // Yemen J. Med. – 2022. – Vol. 1. – P. 62-64.  
6. Amid P.K., Shulman A.G., Lightenstein I.L. Open “tension-free” repair of inguinal hernias: the Lightenstein technique // Eur. J. Surg. – 1996. – Vol. 162. – P. 447-453.  
7. Basile F., Biondi A., Donati M. Surgical approach to abdominal wall defects: history and new trends // Int. J. Surgery. – 2013. – Vol. 11. – P. 20-23.  
8. Bittner R.R., Felix E.L. History of inguinal hernia repair, laparoscopic techniques, implementation in surgical praxis, and future perspectives: considerations of two pioneers // Int. J. Abdom. Wall and Hernia Surg. – 2021. – Vol. 4. – P. 135-155.  
9. Bose S., Mukherjee R., Sengupta S., Mukhopdhyay G. Eponyms in hernia surgery // J. Evolution Med. Dent. Sci. – 2017. – Vol. 6. – P. 4272-4275.  
10. Fischer E., Wantz G.E. Traditional preperitoneal approach to inguinal hernias // Seminars in Laparoscopic Surgery. – 1994. – Vol. 1. – P. 86-97.

11. Golaszewski P., Wozniowska P., Dawidowska J. et al. History of inguinal hernia surgery // Post. N. Med. – 2018. – Vol. XXX. – P. 292-295.  
12. Hernia / Jones D.B. et al. – Wolters Kluwer, 2013. – 420 p.  
13. Hori T., Yasukawa D. Fascinating history of groin hernias: comprehensive recognition of anatomy, classic considerations for herniorrhaphy, and current controversies in hernioplasty // World Journal of Methodology. – 2021. – Vol. 11. – P. 160-186.  
14. Johnson J., Roth J.S., Hazey J.W. et al. The history of open inguinal hernia repair // Current surgery. – 2004. – Vol. 61. – P. 49-52.  
15. Komorowski A.L. History of the inguinal hernia repair. – Intech, 2014. – Chapter 1. <http://dx.doi.org/10.5772/58533>.  
16. Kuber S. Hernia surgery simplified. – Jaypee Brothers Medical Publishers. – 2013. – 220 p.  
17. Laparo-endoscopic hernia surgery. Evidence based clinical practice / Bittner R. et al. – Springer, 2018. – 484 p.  
18. Lightenstein I.L., Shulman A.G., Amid P.K., Montilior M.M. The tension-free hernioplasty // The American Journal of Surgery. – 1989. – Vol. 157. – P. 188-193.

19. Management of abdominal hernias / LeBlanc K.A. et al. – 5th ed. – Springer. – 2018. – 542 p.  
20. Nyhus L.M., Stevenson J.K., Listerud M.B., Hawkins H.N. Preperitoneal herniorrhaphy; a preliminary report in fifty patients // West L. Obstet. Gynec. – 1959. – Vol. 67. – P. 48-54.  
21. Nyhus L.M., Pollak R., Bombeck C.T., Donahue P.E. The preperitoneal approach and prosthetic buttress repair for recurrent hernia. The evolution of a technique. // Ann. Surg. – 1988. – Vol. 208, № 6. – P. 733-737.  
22. Nyhus and Condon's hernia / Fitzgibbons R.J., Greenburg A.G. – Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2002. – 856 p.  
23. Nyhus L.M., Pollak R., Bombeck C.T., Donahue P.E. The preperitoneal approach and prosthetic buttress repair for recurrent hernia. The evolution of a technique. // Ann. Surg. – 1988. – Vol. 208, № 6. – P. 733-737.  
24. Read R.C. Crucial steps in the evolution of the preperitoneal approaches to the groin: an historical review // Hernia. – 2011. – Vol. 15. – P. 1-5.  
25. Riba L.W., Mehn W.H. Combined inguinal hernia repair and retropubic prostatectomy // Quarterly Bulletin North-Western Univ. Med. Schl. – 1951. – Vol. 25. – P. 62-67.

26. Riba L.W., Mehn W.H. Retropubic prostatectomy and inguinal hernia repair // The Journal of Urology. – 1952. – Vol. 67. – P. 106-116.  
27. Robotic assisted hernia repair. Current Practice / LeBlanc K.A. et al. – Springer, 2019. – 520 p.  
28. Sachs M., Damm M., Encke A. Historical evolution of inguinal hernia repair // World J. Surg. – 1997. – Vol. 21. – P. 218-223.  
29. Sanders D.L., Kingsnorth A.N. From ancient to contemporary times: a concise history of incisional hernia repair // Hernia. – 2012. – Vol. 16. – P. 1-7.  
30. Saidi H. Endoscopic anatomy of the groin; implication for transabdominal preperitoneal herniorrhaphy // Anatomy Journal of Africa. – 2012. – Vol. 1. – P. 2-10.  
31. Soler M. The minimal open preperitoneal (MOPP) approach to treat the groin hernias, with the history of the preperitoneal approach // Annals of Laparoscopic and Endoscopic Surgery. – 2017. – Vol. 2. – P. 133-148.  
32. Tan W.P., Lavu H., Rosato E.L. et al. Edoardo Bassini (1844-1924): father of modern-day hernia surgery // The American surgeon. – 2013. – Vol. 79. – P. 1131-1133.  
33. Voboril Z. Inguinal hernioplasty according to Lotheissen and McVay // Acta Medica. – 1999. – Vol. 42. – P. 25-28.

### КНИЖКОВА ПОЛИЦЯ



### Хірургічне лікування доброякісної гіперплазії простати великих розмірів: черезміхурова простатектомія (відкрита, лапароскопічна, робот-асистована)

За ред. В.І. Горового, В.О. Шапринського, О.М. Капшука, Р.Г. Церковнюка, Р.П. Морару-Бурлеску, О.І. Яцини. – Вінниця: «ТВОРИ», 2023. – 380 с.; іл.

Навчальний посібник висвітлює питання діагностики та хірургічного лікування доброякісної гіперплазії простати великих розмірів черезміхуровим доступом шляхом відкритої, лапароскопічної та робот-асистованої простатектомії. Описано історичні аспекти становлення черезміхурової простатектомії, хірургічну анатомію простати та сечового міхура, діагностику доброякісної гіперплазії простати та критерії відбору хворих для виконання черезміхурової простатектомії. Наведено методики гемостазу ложа простати при відкритій черезміхуровій простатектомії та власні оригінальні способи. Висвітлено методику симультанної герніопластики при виконанні простатектомії у хворих на доброякісну гіперплазію простати та пахвинну грижу. Продемонстровано різні методики виконання лапароскопічної та робот-асистованої черезміхурової простатектомії. Представлено ведення хворих на стаціонарному й амбулаторному етапах, включаючи можливі ускладнення та способи їх усунення.

Пропонується для практичного використання урологам, хірургам, анестезіологам, лікарям – слухачам факультетів післядипломної освіти, інтернам, а також студентам вищих медичних закладів III-IV рівня акредитації.

Навчальний посібник рекомендований до друку вченою радою Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (протокол № 9 від 29.06.2023 р.).





СПЕЦІАЛІЗОВАНИЙ МЕДИЧНИЙ ПОРТАЛ

Електронні версії усіх друкованих видань  
Видавничого дому «Здоров'я України»  
на одному сайті!

Наш сайт



Наша сторінка Facebook





