



І. В. Бабій¹, В. В. Власов²

¹ Хмельницька обласна лікарня

² Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЛІКУВАННЯ ПАХОВОЇ ГРИЖІ ЗАЛЕЖНО ВІД ТИПУ СІТЧАСТОГО ІМПЛАНТАТУ

Мета роботи — оцінити результати лікування хворих із паховою грижею з використанням різних видів алопластики та сітчастих імплантатів.

Матеріали і методи. У дослідження було залучено 97 пацієнтів із паховою грижею. Пацієнтів розподілили на дві групи: першу групу (45 (46,4 %) осіб) прооперовано з використанням алопластики за методикою I. L. Lichtenstein (у 15,5 % пацієнтів застосовано «тяжкі» сітчасті імплантати, а у 30,9 % — «легкі»), другу групу (52 (53,6 %) особи) — з використанням авторської преперитонеальної алопластики грижового дефекту (у 17,5 % пацієнтів застосовано «тяжкі» сітчасті імплантати, а у 36,1 % — «легкі»).

Результати та обговорення. Найбільшу частоту післяопераційних ускладнень відзначено у пацієнтів, прооперованих за методикою I. L. Lichtenstein ($p < 0,01$, кутовий критерій Фішера), особливо у тих, кому було встановлено «тяжкий» імплантат (12,4 %). Ускладнення, пов'язані з подразненням нервів пахової ділянки, виникли у 8,2 % випадків ($p < 0,01$). У хворих, прооперованих за авторською методикою трансінгвінальної преперитонеальної алопластики, залежності кількості ускладнень від типу імплантату не спостерігали ($p > 0,05$). Хворі після алопластики «тяжким» імплантатом за методикою I. L. Lichtenstein у 1,5 рази частіше мали больові відчуття.

Висновки. Розташування різних типів сітчастого імплантату в передочеревинному просторі дає змогу уникнути відчуття чужорідного тіла та пахової невралгії. Використання «тяжкого» сітчастого імплантату при виконанні алопластики за методом I. L. Lichtenstein підвищує ризик виникнення відчуття чужорідного тіла в ділянці пластики, пахової невралгії та інтенсивність болю в післяопераційний період.

■
Ключові слова: пахова грижа, алопластика, сітчастий імплантат.

Грижі — одне з найбільш добре описаних захворювань. Їх виявляють у 2—4 % населення [5, 9]. На сьогодні безальтернативною є методика оперативного лікування пахових гриж з використанням індивідуального підходу до вибору пластики грижового дефекту. Близько 25 % хірургічних втручань становлять операції, які виконують з приводу гриж різної локалізації. Частка пахових гриж у структурі всіх гриж черевної стінки — 70—80 % [1, 3]. Існує понад 600 методик пластики грижового дефекту пахової грижі. Частота рецидиву при використанні автопластичних методик лікування пахової грижі становить 10—12 %. Застосування алопластичних методик за принципом «без натягу» дало змогу зменшити частоту рецидиву до 3—5 % [5, 9, 10]. Досвід свідчить, що, незважаючи на відсутність рецидивів, якість життя пацієнтів після алопластики — незадовільна. Насамперед це

пов'язано з надмірним утворенням сполучної тканини і вираженим запаленням, яке сітка спричиняє в навколишніх тканинах. Частота виникнення хронічного больового синдрому становить від 9,7 до 51,6 %. При використанні сітки («важкі» поліпропіленові сітки) впродовж півроку виникає фіброз товщиною до 2 см, тоді як товщина власного апоневрозу в людини не перевищує 2 мм. Зрозуміло, що щільний фіброз обмежує рухливість черевної стінки [2, 7, 8].

Мета роботи — оцінити результати лікування хворих із паховою грижею з використанням різних видів алопластики та сітчастих імплантатів.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Проведено аналіз результатів хірургічного лікування 97 хворих з паховою грижею, яким здійснено оперативне втручання в період з 2009 до 2016 р.

у хірургічному відділенні Хмельницької обласної лікарні. Чоловіків було 94 (96,9 %), жінок — 3 (3,1 %). Середній вік хворих становив $(59,0 \pm 14,0)$ року. Пацієнтів розподілили на дві групи: 45 (46,4 %) осіб прооперовано з використанням алопластики за методикою I. L. Lichtenstein, у 15 (15,5 %) з них використано «важкі» сітчасті імпланти prolene mesh (Ethicon), а у 30 (30,9 %) — «легкі» сітчасті імпланти Ultrapro (Ethicon) та Omega-2 (ДП «Українська кольчуга»), 52 (53,6 %) особи прооперовано з використанням авторської методики передочеревинної алопластики грижового дефекту [4], у 17 (17,5 %) з них застосовано «важкі» сітчасті імпланти prolene mesh (Ethicon), а у 35 (36,1 %) — «легкі» сітчасті імпланти Ultrapro (Ethicon) та Omega-2 (ДП «Українська кольчуга»). Групи були репрезентативні за віком та співвідношенням статей.

Усім хворим проведено клінічне, лабораторне та інструментальне обстеження для оцінки загального стану хворого та виявлення супутньої патології. Для підтвердження діагнозу та в ранній післяопераційний період хворим виконано ультразвукове дослідження (УЗД) пахових ділянок та органів черевної порожнини.

Частоту та особливості ускладнень у післяопераційний період вивчали об'єктивно, за записами в історії хвороби та протоколами оперативних втручань. Віддалені результати оцінювали шляхом активного опитування та огляду пацієнтів, анкетування, УЗД, магнітно-резонансної томографії. Для статистичного аналізу значущості отриманих даних використовували кутовий критерій Фішера. Інтенсивність раннього післяопераційного болювого синдрому оцінювали за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ) [6, 7].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Відповідно до класифікації Європейського товариства герніологів (EHS) пахову грижу типу pL2 діагностовано у 19 (19,5 %) пацієнтів, pL3 — у 25 (25,8 %), pM2 — у 23 (23,7 %), pM3 — у 24 (24,7 %), pC2 — у 2 (2,1 %), rL3 — у 1 (1,03 %), rM2 — у 3 (3,1 %).

Усіх пацієнтів прооперовано в плановому порядку. В 4 осіб відзначено ожиріння III ступеня. Рецидивну грижу виявлено у 4 пацієнтів. Вид анестезії обирали індивідуально, у більшості (90) спостережень застосовували спинномозкову анестезію, у 5 — ендотрахеальний наркоз, у 2 — місцеву анестезію.

У ранній післяопераційний період водянка оболонки яєчка виникла у 2 хворих, серома післяопераційного рубця — у 3, гематома операційної рани — у 5, нагноєння післяопераційної рани — у 2, проте усі ускладнення не потребували додаткового хірургічного втручання (табл. 1).

При аналізі частоти виникнення післяопераційних ускладнень найбільшу частоту зафіксовано у пацієнтів, прооперованих за методикою I. L. Lichtenstein — 19 (19,6 %) випадків порівняно з другою групою ($p < 0,01$). У першій групі кількість ускладнень переважала у хворих, яким було встановлено «важкий» імплантат (12,4 %), і внаслідок ускладнень, пов'язаних з подразненням нервів пахової ділянки (8,2 %) ($p < 0,01$). При порівнянні частоти виникнення ускладнень у хворих, прооперованих за авторською методикою, залежності кількості ускладнень від типу використаного імплантату не спостерігали ($p > 0,05$).

Інтенсивність болювого синдрому за ВАШ у ранній післяопераційний період (перші 7 діб після операції) була порівнянною при різних мето-

Т а б л и ц я 1
Ранні післяопераційні ускладнення у хворих із паховою грижею

Ранні післяопераційні ускладнення	Алопластика за I. L. Lichtenstein		Авторська методика		Усього (n = 97)
	«Легкий» імплантат (n = 30)	«Важкий» імплантат (n = 15)	«Легкий» імплантат (n = 35)	«Важкий» імплантат (n = 17)	
Серома	1 (1,03 %)	1 (1,0 %)	1 (1,03 %)	0	3 (3,1 %)
Водянка оболонки яєчка	0	2 (2,1 %)	0	0	2 (2,1 %)
Гематома	2 (2,1 %)	1 (1,0 %)	1 (1,03 %)	1 (1,0 %)	5 (5,2 %)
Нагноєння післяопераційної рани	0	1 (1,0 %)	0	1 (1,0 %)	2 (2,1 %)
Пахова невралгія	2 (2,1 %)	3 (3,1 %)	0	1 (1,0 %) [#]	6 (6,2 %)
Відчуття стороннього тіла	3 (3,1 %)	4 (4,1 %)	0	0	7 (7,2 %)
Разом	7 (8,2 %)	12 (9,3 %)*	3 (3,1 %)	2 (2,1 %) [#]	25 (25,7 %)

* Різниця щодо значення показника при використанні «легкого» імплантату статистично значуща ($p < 0,01$).

[#] Різниця щодо значення показника при використанні методики за I. L. Lichtenstein статистично значуща ($p < 0,01$).

Т а б л и ц я 2

Інтенсивність розвитку больового синдрому в післяопераційний період у хворих із паховою грижею

Інтенсивність болю, бали за ВАШ	Алопластика за I. L. Lichtenstein				Авторська методика			
	«Легкий» імплантат (n = 30)		«Важкий» імплантат (n = 15)		«Легкий» імплантат (n = 35)		«Важкий» імплантат (n = 17)	
	1-ша доба	7-ма доба	1-ша доба	7-ма доба	1-ша доба	7-ма доба	1-ша доба	7-ма доба
Немає: 0—1	—	19 (19,6%)	—	6 (6,2%)	—	25 (25,8%)	—	12 (12,4%)
Незначний: 1—3	22 (22,7%)	11 (11,3%)	10 (10,3%)	5 (5,2%)	29 (29,9%)	10 (10,3%)	14 (14,4%)	5 (5,2%)
Помірний: 3—7	8 (8,2%)	—	4 (4,1%)	4 (4,1%)	6 (6,2%)	—	3 (3,1%)	—
Інтенсивний: > 7	—	—	1 (1,03%)	—	—	—	—	—

дах лікування пахової грижі та типах сітчастого імплантату (табл. 2).

Інтенсивність болю за ВАШ у першу добу оцінювали з деякими застереженнями через знеболювання хворих у післяопераційний період. Так, інтенсивний больовий синдром мав лише 1 хворий після алопластики за методом I. L. Lichtenstein. У всіх спостереженнях незалежно від виду пластики і типу сітчастого імплантату в першу добу зафіксовано незначний або помірний біль, але помірний біль у хворих, прооперованих за методикою I. L. Lichtenstein, траплявся майже втричі рідше за незначний біль у хворих з «легким» імплантатом і майже вдвічі рідше у хворих з «важким» імплантатом. У другій групі помірний біль траплявся майже в 5 разів рідше у хворих з «легким» імплантатом і майже в 4 рази рідше — у хворих з «важким» імплантатом.

На 7-му добу в частини пацієнтів після алопластики «важким» імплантатом за методикою I. L. Lichtenstein був помірний біль, тоді як більшість пацієнтів

практично не відчували біль у післяопераційній рані (див. табл. 2). Хворі після алопластики «важким» імплантатом за методикою I. L. Lichtenstein в 1,5 разу частіше мали больові відчуття.

ВИСНОВКИ

Розташування сітчастого імплантату в передочеревинному просторі дає змогу уникнути відчуття чужорідного тіла та пахової невралгії ($p < 0,01$).

Використання різних типів сітчастих імплантатів не впливає на частоту виникнення ранніх післяопераційних ускладнень та інтенсивність больового синдрому при використанні трансінгвінальної передочеревинної алопластики грижового дефекту пахової грижі ($p > 0,05$).

Використання «важкого» сітчастого імплантату при виконанні алопластики за методом I. L. Lichtenstein підвищує ризик виникнення відчуття чужорідного тіла в ділянці пластики, пахової невралгії та підвищує інтенсивність болю в післяопераційний період.

Конфлікту інтересів немає.

Участь авторів: концепція і дизайн дослідження, написання тексту — І. Б., В. В., збір і опрацювання матеріалу — І. Б., редагування тексту — В. В.

Література

- Ахмед М. М. Хирургическое лечение больных с паховой грыжей // Хірургія України. — 2012. — № 2. — С. 99—107.
- Белянский Л. С. Синдром хронической паховой боли: современный взгляд на проблему // Клін. хірургія. — 2010. — № 10. — С. 45—47.
- Белянский Л. С., Тодуров М. И. Интерпретация рекомендаций Европейской ассоциации герниологов по проблемам лечения паховой грыжи // Клін. хірургія. — 2010. — № 3. — С. 5—9.
- Власов В. В., Бабій І. В. Передочеревинна алопластика пахвинного каналу // Клін. хірургія. — 2010. — № 3. — С. 27—30.
- Грубник В. В., Бугридзе З. Д., Воротынцева К. О. Использование новых конструкций сеток при лапароскопическом лечении паховых грыж. Сравнительное исследование // Клін. хірургія. — 2011. — № 7. — С. 42—45.
- Дзюбановський І. Я., П'ятночка В. І., Поляцко К. Г. Оцінка якості життя пацієнтів після різних типів пахових герніопластик // Укр. журн. хірургії. — 2011. — № 5. — С. 35—37.
- Клименко В. М., Клименко А. В., Білай А. І. Оцінка безпосередніх і віддалених результатів преперитонеальних пластик у лікуванні пахвинних гриж // Укр. журн. хірургії. — 2016. — № 1—2 (30—31). — С. 22—28.
- Свисенко О. В. Оцінка ефективності методів та матеріалів для алопластики пахвинних гриж: Дис... канд. мед. наук: 14.01.03. — Дніпропетровськ, 2013. — 12 с.
- Шкварковский І. В., Москалюк О. П., Більдан О. В. Сучасні способи пахвинної герніопластики // Шпитальна хірургія. — 2014. — № 2. — С. 88—91.
- Miedema B. W., Ibrahim S. M., Davis B. D. et al. A prospective trial of primary inguinal hernia repair by surgical trainees // Hernia. — 2004. — Vol. 8, N 1. — P. 28—32.

І. В. Бабій¹, В. В. Власов²¹Хмельницька обласна лікарня²Вінницький національний медичний університет імені Н. І. Пирогова

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТАТА

Цель работы — оценить результаты лечения больных с паховой грыжей с использованием разных видов аллопластики и сетчатых имплантатов.

Материалы и методы. В исследование включено 97 пациентов с паховой грыжей. Пациентов распределили на две группы: первая группа (45 (46,4 %) лиц) прооперирована с использованием аллопластики по методике I. L. Lichtenstein (у 15 (15,5 %) пациентов применили «тяжелые» сетчатые имплантаты, у 30,9 % — «легкие»), вторая ((52 (53,6 %) больных) — с использованием авторской преперитонеальной аллопластики грыжевого дефекта (у 17,5 % пациентов применили «тяжелые» сетчатые имплантаты, у 36,1 % — «легкие»).

Результаты и обсуждение. Наибольшая частота послеоперационных осложнений отмечена у пациентов, прооперированных по методике I. L. Lichtenstein ($p < 0,01$; угловой критерий Фишера), особенно у тех, кому был установлен «тяжелый» имплантат (12,4 %). Осложнения, связанные с раздражением нервов паховой области, возникли в 8,2 % случаев ($p < 0,01$). У больных, прооперированных по авторской методике трансингуинальной преперитонеальной аллопластики, зависимости количества осложнений от типа имплантата не наблюдали ($p > 0,05$). Больные после аллопластики «тяжелым» имплантатом по методике I. L. Lichtenstein в 1,5 раза чаще имели болевые ощущения.

Выводы. Расположение разных типов сетчатого имплантата в предбрюшинном пространстве позволяет избежать ощущения инородного тела и паховой невралгии. Использование «тяжелого» сетчатого имплантата при выполнении аллопластики по методу I. L. Lichtenstein повышает риск возникновения ощущения инородного тела в области пластики, паховой невралгии и интенсивность боли в послеоперационный период.

Ключевые слова: паховая грыжа, аллопластика, сетчатый имплантат.

I. V. Babiy¹, V. V. Vlasov²¹Khmelnytskyi Regional Clinical Hospital²National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya

COMPARATIVE EVALUATION OF INGUINAL HERNIA TREATMENT DEPENDING ON TYPE OF MESH IMPLANT

The aim — to assess the surgery results in patients with inguinal hernia treated with various types of alloplasty and implants.

Materials and methods. The study included 97 patients with inguinal hernia. Patients were divided into two groups: the first group — 45 (46.4 %) people, who were operated with I. L. Lichtenstein alloplasty method (in 15 (15.5 %) for patients in this group «heavy» mesh implant was used, and in 30.9 % — the «light» one), the second group — 53.6 % of the patients, were operated using the author's preperitoneal alloplasty of the hernial defect (in 17.5 % of patients in this group, «heavy» mesh implant were used, and in 36.1 % the «light» one).

Results and discussion. The greatest number of postoperative complications was observed in patients after alloplasty by I. L. Lichtenstein ($p < 0.01$) especially in patients with «heavy» implants. Complications associated with inguinal nerves irritation marked in 8.2 % ($p < 0.01$). In patients after transinguinal preperitoneal alloplasty operated according to the author's method, no significant correlation between the complications number and the implant type was found ($p > 0.05$). Patients after alloplasty with a «heavy» implant by I. L. Lichtenstein method had painful sensations 1.5 times more often.

Conclusions. The placement of different mesh implants in the preperitoneal space allows avoiding foreign body sensation and inguinal neuralgia. The use of a «heavy» mesh implant by I. L. Lichtenstein method increases the risk of a foreign body sensation in the operated area, inguinal neuralgia and increases the pain intensity in the postoperative period.

Key words: inguinal hernia, alloplasty, mesh implant.