

УДК 616.34-007.43-089

Кравців М.І.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВНИХ ПАХОВИХ ГРИЖ

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава, Україна

Незадоволеність результатами хірургічного лікування рецидивних пахових гриж залишається предметом жвавих наукових дискусій у всьому світі. Розмаїття методологічних підходів у вирішенні даної актуальної проблеми утрудняє об'єктивну оцінку у виборі пріоритетних хірургічних методик. У статті проаналізовано досвід лікування 82 пацієнтів з рецидивною паховою грижею, котрі були прооперовані в плановому порядку за 2005 - 2012 рр. в хірургічних відділеннях 2-ої МКЛ м. Полтава та Полтавської ЦРКЛ. Чоловіки працездатного віку становили близько 66,5% серед хворих з РПГ. За характером попередньої пластики пахового каналу пацієнти розділилися наступним чином: у 78 (95,1%) хворих рецидиву виникли після аутопластичних способів (Girard-Спасокукоцького-Кімбаровського 58 (70,7%) випадок, Bassini - 12 (14,6%) та Postempsky 8 (9,8%) випадків) і у 4 (4,9%) пацієнтів - після герніопластики по Lichtenstein. Серед виявлених причин рецидивів після операції по Lichtenstein були огріхи в оперативній техніці, тоді як після фасціоміопластичних способів пластики пахового каналу спостерігали розвиток атрофічних та дегенеративних змін тканин пахової ділянки. Пацієнтам з РПГ були виконані наступні види пластики: по Lichtenstein у 46 (56,2%) пацієнтів, у 23 (28,0%) по Postempsky, у 7 (8,5%) хворих по Bassini та у 6 (7,3%) по Girard. Середній ліжкодень склав $6,3 \pm 2,1$ дні. Оцінювалися інтраопераційні та ранні післяопераційні ускладнення. З метою індивідуалізації підходу при лікуванні пацієнтів з РПГ, доцільно виділяти типи РПГ. Розглянуто перспективи видалення рецидивної грижі з поза пахового доступу з метою зниження ймовірності ятрогенного пошкодження анатомічних структур пахового каналу.

Ключові слова: пахова грижа, рецидив, пластика, операція.

Вступ

Проблема рецидивів - одна з найважливіших у герніології. Вона існувала завжди, з тих пір як розпочали оперувати грижі [2]. При проведенні планових операцій загальна кількість рецидивів після оперативного втручання з приводу первинної пахової грижі становить на даний час від 0,2 до 10% [3], а при операціях з приводу так званих складних пахових гриж відсоток рецидивів досягає 35% [1, 4]. Усунення рецидивних пахових гриж (РПГ) супроводжується повторним рецидивом у 30-40% пацієнтів [5, 6]. Цей показник визначає важливість вирішення проблеми вибору техніки пластики РПГ [12]. Виникненню рецидивів пахової грижі сприяє ряд факторів: вік, ожиріння, вид знеболювання, характер використаних шовних матеріалів, вибір способу і безпосереднє виконання пластики пахового каналу, характер післяопераційних ускладнень та наявність внутрішньочеревної гіпертензії [13, 17].

Повторні втручання через рубцево змінені тканини в ділянці пахового каналу є складними, тому хірургічне лікування РПГ асоціюється з технічними труднощами та підвищеним ризиком виникнення ускладнень [16, 20]. Тепер більше уваги приділяють анатомічним, біологічним і механічним факторам пластики, що обумовлено розмаїттям матеріалів для протезування, ніж вибору методу та аналізу допущених хірургічних помилок [14, 15].

Мета роботи

Аналіз причин розвитку і результатів хірургічного лікування рецидивних пахових гриж.

Об'єкт і методи дослідження

За 2005 - 2012 рр. в хірургічних відділеннях 2-ої МКЛ м. Полтава та Полтавської ЦРКЛ планово прооперовано 82 хворих з РПГ. Розподіл хворих за віком та статтю представлено в таблиці 1.

Таблиця 1
Структура хворих з рецидивними паховими грижами

Вік	30-44		45-59		60-74		75 та старші		Разом
	Ч	Ж	Ч	Ж	Ч	Ж	Ч	Ж	
Втручання	12	-	21	-	16	2	3	-	54
Паховий доступ	6	-	15	-	5	1	1	-	28
Передочеревинний доступ	18	-	36	-	21	3	4	-	82
Разом	18(21,95%)		36(43,90%)		24(29,25%)		4(4,90%)		

Чоловіків було 79 (96,3%), жінок — 3 (3,7%). Середня маса тіла пацієнтів — $84 \text{ кг} \pm 5,6 \text{ кг}$. Серед 82 пацієнтів первинно рецидивні грижі зустрічалися у 72 (87,8%) хворих, двічі рецидивні - у 7 (8,5%), багаторазово рецидивні у 3 (3,7%). Лівобічний рецидив пахової грижі виявлений у 27 (33,0%) хворих, правобічний - у 53 (64,6%). У 2 (2,4%) пацієнтів була двобічна РПГ.

У своїй роботі ми використовували класифікацію РПГ G. Campanelli і співавт. [20], згідно з якою автори виділяють три типи гриж:

R1 - перший рецидив «високої» косої зовнішньої вправимої грижі з малим (<2 см) дефектом у хворого, що не страждає на ожиріння, після простої пластики або пластики з використанням сіткового трансплантата;

R2 - перший рецидив «низької» прямої зовнішньої вправимої грижі з малим (<2 см) дефектом у хворого, який не страждає на ожиріння, після простої пластики або пластики з використанням сіткового трансплантата;

R3 - всі інші рецидиви (невправимі грижі, рецидив пахової грижі у хворих з ожирінням і т.д.).

Сумарні показники числа хворих із «складними» (R3) і «простими» (R1, R2) видами РПГ не мали суттєвих відмінностей.

Результати дослідження та їх обговорення

Термін виявлення рецидиву захворювання був досить варіабельним і безпосередньо залежав від часу звернення пацієнтів до хірурга та склав у середньому 22 ± 3 міс.

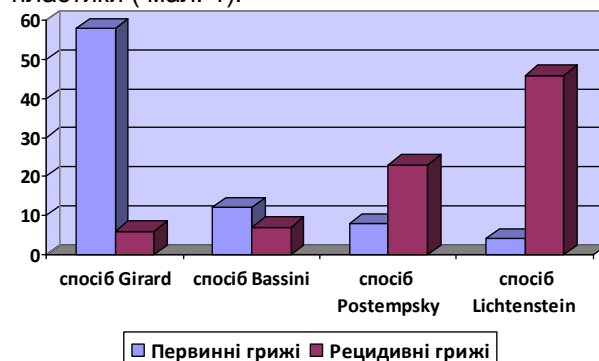
Варіант первинного втручання встановлювали на підставі анамнезу і за результатами інтраопераційної ревізії. Алгоритм передопераційного обстеження був стандартизований і включав обов'язкове проведення УЗД в зоні раніше виконаного оперативного втручання.

Під спинномозковою анестезією прооперовано 39 пацієнтів (47,6%), 43 (52,4%) - під внутрішньовенним наркозом. Тривалість втручання 85 ± 20 хв.

За характером попередньої пластики пахового каналу пацієнти розділилися наступним чином: у 78 (95,1%) хворих рецидиви виникли після аутопластичних способів (Girard-Спасокуцького-Кімбаровського 58 (70,7%) випадок, Bassini - 12 (14,6%) та Postempsky 8 (9,8%) випадків) і у 4 (4,9%) пацієнтів - після герніопластики по Lichtenstein (Мал. 1). Причому серед виявлених причин рецидивів після операції Lichtenstein були недостатня фіксація сітки або малі її розміри, тоді як у 49 (62,8%) випадках серед усіх фасціоміопластичних способів пласт-

тики пахового каналу спостерігали розвиток атрофічних та дегенеративних змін тканин пахової ділянки.

Пацієнтам з РПГ були виконані наступні види пластики (мал. 1):



Мал. 1 Співвідношення частоти виконання різних видів пластики пахового

Таким чином, основним видом пластики пахового каналу у пацієнтів з рецидивними грижами була пластика по Lichtenstein з використанням поліпроленового сітчастого імплантату у 46 (56,2%) пацієнтів. Ушивання дефекту апоневрозу в місцях недостатньої фіксації сітки вузловими швами було виконано в 2 випадках після операції по Lichtenstein. У 23 (28,0%) випадках виконана пластика задньої стінки по Postempsky, у 7 (8,5%) хворих - по Bassini та у 6 (7,3%) - по Girard.

Середній ліжко-день склав $6,3 \pm 2,1$ дні. Всі пацієнти з метою антибіотикопрофілактики отримували (цефатоксім або цефуроксім) за 2 години до операції і через 12 годин після операції.

Оцінювалися інтраопераційні та ранні післяопераційні ускладнення (таблиця 2).

Таблиця 2
Інтраопераційні та ранні післяопераційні ускладнення при лікуванні рецидивних пахових гриж

Критерій	Частота виникнення
Пошкодження елементів сім'яного канатика	11 (13,4%)
Пошкодження нижніх епігастральних судин	7 (8,5%)
Серома, гематома	5 (6,1%)
Гнійні ускладнення	3 (3,7%)
Набряк калитки	8 (9,7%)

Летальних випадків не було.

Віддалені результати від 6 місяців до 6 років простежені у 63 хворих, рецидив грижі виявлений у 3 (4,7%) пацієнтів. Рецидив захворювання у всіх 3 пацієнтів виник після виконаної аутопластики, найвірогідніше через вибір неадекватного варіанту пластики пахового каналу.

Характер та кількість інтраопераційних і ранніх післяопераційних ускладнень при паховому доступі можна пояснити роботою в рубцево змінених тканинах, часто не маючи інформації про вид попередньої операції. А повторна герніопластика, що вимагає виділення сім'яного канатика, може призводити до його важких пошкоджень.

З метою індивідуалізації підходу при лікуванні пацієнтів з РПГ, доцільно виділяти типи РПГ, що

дозволить вибрати найбільш адекватний і найменш травматичний метод пластики, здатний доповнити вже наявний або повністю його замінити. Тип рецидивної грижі необхідно визначити до виконання операції. У зв'язку з цим існує потреба у впровадженні альтернативних способів операцій, при яких повторну пластику задньої стінки пахового каналу можна провести з доступу, не входячи в контакт з рубцевими тканинами після попередньої пластики. Одним з таких варіантів є метод відкритої преперитонеальної пластики по Wantz [19] з використанням поперечного доступу, який дозволяє досягти преперитонеального простору пахової ділянки, не розділяючи елементи сім'яного канатика.

Висновки

1. Найчастіше (у 70,7% спостережень) РПГ виявляються після передньої пластики пахового каналу, в 24,5% - після задньої пластики.

2. Причинами рецидивів після пластики по Lichtenstein є огріхи в оперативній техніці, а саме недостатня фіксація сітки та використання імпланту малого розміру.

3. Використання алопластичних методів при рецидивних пахових грижах є патогенетично обгрунтованим і надійним методом пластики, показує хороші найближчі і віддалені результати.

4. Найперспективнішим і найменш травматичним, на нашу думку, є видалення рецидивної грижі з поза пахового доступу, без виділення елементів сім'яного канатика, що потребує впровадження та подальшого вивчення.

Перспективи подальших досліджень

До теперішнього часу не розроблено чітких критеріїв оперативного лікування пацієнтів з РПГ, що ускладнює вибір оптимального методу. Тому необхідно оцінити результати існуючих нових способів операцій як відкритих преперитонеальних, так і лапароскопічних, що дозволить визначити об'єктивні критерії для обгрунтування хірургічної тактики при тому чи іншому типі РПГ.

Література

1. Заводчиков Д.А. Патогенетическое обоснование выбора способа операции у больных паховыми грыжами : дис. канд. мед. наук : 14.00.27 / Заводчиков Д. А. – Самара, 2009. – 190 с.
2. Жебровский В.В. Атлас операций при грыжах живота : атлас / В.В. Жебровский, Ф.Н. Ильченко – Симферополь, 2004. – 315 с.
3. Саенко В.Ф. Современные подходы к выбору метода пластики рецидивной паховой грыжи / В.Ф. Саенко, Л.С. Белян-

кий, А.С. Лаврик, [и др.] // Герниология. – 2007. – № 3. – С. 11–15.

4. Фабер М.И. Преперитонеальное протезирование передней брюшной стенки при грыжах пахово-бедренной области: дис. ... канд. мед. наук : 14.00.27 : / Фабер М.И. - Рязань, 2008. – 125 с.
5. Черенко М. П. Брюшные грыжи / М. П. Черенко. – К.: Здоровья, 1995. – 260 с.
6. Acquaviva Don E. Consideration sur l'emploi de plaques de nylon comme materiel de plastic parietale / Don E. Acquaviva, P. Bourret, F. Corti // 52-e Congres Francais de Chirurgie. – Paris, 1949. – P. 453-457.
7. Amid J. P. Classification of biomaterials and their related complications in abdominal wall hernia surgery / J. P. Amid // Hernia. – 1997. – №1. – P. 15-21.
8. Brenner J. Mesh materials in hernia repair / J. Brenner // Expert meeting on hernia surgery. – St. Moritz: Basel. Karger, 1995. – P. 172-179.
9. DeBord J.R. The historical development of prosthetics in hernia surgery / J. R. DeBord // Surg. Clin. N. Am. – 1998. – V. 78. – P. 1089-1102.
10. Rutkow I. M. Tension—free inguinal herniorrhaphy: A preliminary report on the "mesh plug technique" / I. M. Rutkow, A. W. Robbins // Surgery. – 1993. – V. 114. – P. 3-8.
11. Gilbert A. I. Sutures repair of inguinal hernia / A. I. Gilbert // Am. J. Surg. – 1992. – V. 163. – P. 331-335.
12. Shulman A. G. The "plug" repair of 1402 recurrent inguinal hernias; 20 year experience / A. G. Shulman, P. K. Amid, I. L. Lichtenstein // Arch. Surg. – 1990. – V. 125. – P. 265-267.
13. Gilbert A. I. An anatomical and functional classification for the diagnosis and treatment of inguinal hernia / A. I. Gilbert // Am. J. Surg. – 1989. – V.157. – P. 331-337.
14. Desarda M. P. Physiological repair of inguinal hernia: a new technique (study of 860 patients) / M. P. Desarda // Hernia. – 2006. – V.10, №2. – P. 143-146.
15. Trabucco E. The office hernioplasty and the Trabucco repair / E. Trabucco // Ann. Ital. Chir. – 1993. – V.64, №2. – P.127-150.
16. Lichtenstein I. L. Ambulatory outpatient hernia surgery including a new concept introducing tension-free repair / I. L. Lichtenstein, G. Shulman // Int. Surg. – 1986. – №71. – P. 1-4.
17. Ijzermans J. N. M. Recurrent inguinal hernia treated by classical hernioplasty / J. N. M. Ijzermans, H. de Wilt, W.C. Hope [et al.] // Arch. Surg. – 1991. – V.3, №126. – P.1097-1100.
18. Katri K.M. Open preperitoneal mesh repair of recurrent inguinal hernia / K. M. Katri // Hernia. – 2009. – №13. – P. 585-589.
19. Wantz G. E. Atlas of hernia surgery / G. E. Wantz. — N. Y. : Raven Press, 1991. – 753 p.
20. Campanelli G. Inguinal hernia recurrence: classification and approach / G. Campanelli, D. Pettinari, F. M. Nicolosi [et al.] // Hernia. – 2006. – V. 10, №2. – P. 159-161.

Реферат

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Кравцов Н.И.

Ключевые слова: паховая грыжа, рецидив, пластика, операция.

Неудовлетворенность результатами хирургического лечения рецидивных паховых грыж остается предметом оживленных научных дискуссий во всем мире. Разнообразие методологических подходов в решении данной актуальной проблемы затрудняет объективную оценку в выборе приоритетных хирургических методик. В статье проанализирован опыт лечения 82 пациентов с рецидивной паховой грыжей, которые были прооперированы в плановом порядке в 2005 - 2012 гг в хирургических отделениях 2-й ГКБ г. Полтава и Полтавской ЦРКБ. Мужчины трудоспособного возраста составляли около 66,5% среди больных с РПГ. По характеру предыдущей пластики пахового канала пациенты разделились следующим образом: у 78 (95,1%) больных рецидивы возникли после аутопластичных способов (Girard-Спасокукоцкого-Кимбаровского 58 (70,7%) случаев, Bassini - 12 (14,6%) и Postempsky 8 (9,8%) случаев) и у 4 (4,9%) пациентов - после герниопластики по Lichtenstein. Среди выявленных причин рецидивов после операции по Lichtenstein были погрешности в оперативной технике, тогда как после фасциопластичных способов пластики пахового канала наблюдали развитие атрофических и дегенеративных изменений тканей паховой области. Пациентам с РПГ были выполнены следующие виды пластики: по Lichtenstein у 46 (56,2%) пациентов, у 23 (28,0%) по Postempsky, у 7 (8,5%) больных по Bassini и у 6 (7,3 %) по Girard. Средний койко-день составил $6,3 \pm 2,1$ дня. Оценивались интраоперационные и ранние послеоперационные осложнения. С целью индивидуализации подхода при лечении пациентов с РПГ целесообразно выделять типы РПГ. Рассмотрены перспективы удаления рецидивной грыжи извне пахового доступа с целью снижения вероятности ятрогенного повреждения анатомических структур пахового канала.

Summary

SURGICAL TREATMENT FOR RECURRENT GROIN HERNIAS

Kravtsiv M. I.

Keywords: groin hernia, recurrence, plasty, operation.

Dissatisfaction with the results of surgical treatment of recurrent groin hernias (RGHs) remains a subject of active scientific debates all over the world. A variety of methodological approaches to solving this up-to-date problem complicates an objective assessment of priority in selecting surgical techniques. The article analyzes the experience of treating 82 patients with RGHs who were operated on planned for 2005 - 2012 at the surgical departments of the 2nd Municipal Clinical Hospital of Poltava and Poltava CDCH. Men of able-to-work age made up about 66.5% among the patients with RGHs. By the nature of previous inguinal canal plasty the patients were characterized as follows: in 78 (95.1%) patients recurrences occurred after autoplasmic methods (Girard-Spasokukotsky-Kimbarovsky – 58 (70.7%) cases, Bassini – 12 (14.6%) and Postempsky 8 (9.8%) cases) and in 4 (4.9%) patients – after hernioplasty by Lichtenstein. Among the identified causes of recurrence after Lichtenstein operations were errors in operative technique, while after fasciomyoplasty of inguinal canal we observed the development of atrophic and degenerative changes in tissues of groin. Patients with RGHs were performed the following kinds of plastic: by Lichtenstein in 46 (56.2%) patients, 23 (28.0%) by Postempsky, in 7 (8.5%) patients by Bassini and in 6 (7.3 %) by Girard. Average staying in hospital was 6, 3 ± 2, 1 days. There were evaluated intraoperative and early postoperative complications. With an aim of an individual approach to the treatment of patients with RGHs, it is necessary to distinguish appropriate types of RGHs. It is investigated the prospects of removing recurrent inguinal hernia out of groin access with the aim of to reduce the probability of iatrogenic damage of the anatomical structures of the inguinal canal.

УДК 616.12 – 005.4 – 008.331.1

Кудря І.П.

АРИТМОГЕННА АКТИВНІСТЬ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ В ПОЄДНАННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

Метою дослідження було визначення аритмогенної активності в залежності від циркадних коливань артеріального тиску, функціонального стану серця, стадії супутньої гіпертонічної хвороби у хворих на ішемічну хворобу серця як передумови до корекції медикаментозної терапії. Об'єктом дослідження були 126 хворих з вище згаданою патологією. Проводили ехокардіоскопію, Холтерівське електрокардіографічне та добове моніторування артеріального тиску АТ. За результатами дослідження збільшення класу шлуночкових аритмій у хворих на ішемічну хворобу серця в поєднанні з гіпертонічною хворобою супроводжується більш високим циркадним рівнем артеріального тиску. У даних хворих з вираженими аритміями спостерігається збільшення ударного об'єму, зворотна закономірність для фракції викиду лівого шлуночка. Аритмії високої градації були характерні для групи хворих з ішемічною хворобою серця в поєднанні з гіпертонічною хворобою III ст., післяінфарктним кардіосклерозом.

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, аритмогенна активність, артеріальний тиск.

Стаття є фрагментом планової НДР ВДНЗУ "УМСА" на тему «Запальний, ішемічний, больовий синдром у хворих на ішемічну хворобу серця: тригери, роль супутньої патології, механізми, критерії діагностики, лікування» (Недержавної реєстрації 0112U003122).

Вступ

Ішемічна хвороба серця (ІХС) та гіпертонічна хвороба (ГХ) найбільш поширені серцево-судинні захворювання в Україні, в даний час є важливою медико-соціальною проблемою [2, 3, 4]. Серед їх ускладнень, нерідко фатальних, в останні роки все частіше стали спостерігатися надшлуночкові та шлуночкові порушення ритму серця, починаючи від екстрасистолії і закінчуючи фібриляцією передсердь, шлуночковою тахікардією або раптовою аритмогенною смертю [2, 5, 11]. Збільшується увага до цієї сторони ускладнень, визначається її значенням не тільки для формування рівня смертності, але і впливом на якість життя [7]. Вивчення особливостей аритмогенної активності у хворих на ІХС в поєднанні з ГХ є актуальною проблемою кардіології.

Мета дослідження

Визначення аритмогенної активності в залежності від циркадних коливань артеріального тиску, функціонального стану серця, стадії супутньої гіпертонічної хвороби у хворих на ішемічну хворобу серця як передумова до корекції медикаментозної терапії.

Матеріали та методи дослідження

Об'єктом дослідження були 126 хворих на ІХС в поєднанні з ГХ. Клінічна характеристика цих хворих: 104 (82,5 %) хворі зі стабільну стенокардію напруження, в тому числі 39 (30,9 %) – II функціонального класу (ФК), 65 (51,6 %) – III ФК. 22 (17,5 %) хворі були з ІХС у вигляді кардіосклерозу атеросклеротичного із серцевою недостатністю, в тому числі 9 (7,1 %) - у поєд-