



С. М. Василюк,
В. М. Федорченко,
О. В. Прудніков

НЕНАТЯЖНА ГЕРНІОПЛАСТИКА ПАХОВИХ ГРИЖ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

Івано-Франківський
національний медичний
університет

© С. М. Василюк,
В. М. Федорченко,
О. В. Прудніков

Резюме. Проведено аналіз різних видів пластики пахових гриж у 173 хворих похилого та старечого віку. Встановлено, що при виборі методу пластики пахової грижі у цих пацієнтів необхідно враховувати вид грижі за класифікацією Nyhus. Ненатяжні методи пластики мають кращі безпосередні результати, ніж пластика пахової грижі власними тканинами, що дозволяє рекомендувати більш ширше їх застосування у хворих похилого та старечого віку.

Ключові слова: похилий та старечий вік, пахова грижа, лікування.

Вступ

На сьогоднішній день найбільш розповсюдженою патологією людини, що потребує хірургічного лікування, є грижі передньої черевної стінки. Захворюваність на цю патологію складає до 50 хворих на 10000 населення, з них пахові грижі становлять більш ніж 66% [1].

Цей вид гриж займає значне місце в структурі хірургічної захворюваності населення і трапляється в 2—5% чоловіків та 0,3—2% жінок [2, 4, 8].

Єдиним способом лікування пахових гриж є оперативний. Переворот у хірургії пахових гриж зробив E. Bassini в 1889 році, запропонувавши патогенетично обґрунтований спосіб лікування пахових гриж [6]. З того часу було запропоновано багато способів і методик лікування пахових гриж, однак всі вони в тій чи іншій мірі базувались на способі Bassini. Загальним недоліком усіх автопластичних методів лікування пахових гриж є натягнення тканин, що призводить до порушення мікроциркуляції і розвитку трофічних порушень у них, що є основною причиною рецидиву [5]. За даними різних авторів, рецидив грижі в перші роки виникає у кожного 8—10 хворого прооперованого традиційними методами герніопластики (with tension) [7].

Найбільш часто рецидив виникає після великих, рецидивних, ковзних пахових гриж, а також у хворих, в яких не вдається після оперативного втручання усунути сприяючі фактори грижоутворення (фізична праця, куріння, бронхолегенева патологія та ін.). Крім того, значна частка рецидиву гриж припадає на хворих похилого і старечого віку з властивими для них хронічними серцево-судинними і пульмональними захворюваннями, періодичними закрепками, що супроводжуються регулярним підвищенням внутрішньочеревного тиску [3].

Все вище викладене вказує на необхідність пошуку найбільш оптимальних методів пластики пахових гриж у старшої вікової групи.

Мета роботи — покращити результати лікування пахових гриж у пацієнтів похилого та старечого віку.

Матеріали та методи

Нами піддано хірургічному лікуванню 173 чоловіків похилого і старечого віку з паховими грижами, які перебували на стаціонарному лікуванні в клініці хірургії №1 Івано-Франківської національного медичного університету в період від 2007 до 2010 рік. Усі хворі були прооперовані в плановому порядку. Вік всіх хворих становив від 61 до 89 років (у середньому $70,2 \pm 8,7$ року).

Усі обстежені хворі були поділені на 2 клінічні групи. До основної групи віднесли 68 пацієнтів, у яких були виконані ненатяжні методи пластики із застосуванням сітчастого протезу. Групу порівняння склали 105 хворих, у яких були виконані пластики пахового каналу власними тканинами.

Результати дослідження та їх обговорення

Пацієнти надійшли у клініку напередодні або в день виконання операції. Перелік передопераційної підготовки включав загальноприйняті лабораторні обстеження. Враховуючи високу питому вагу супровідної патології в комплекс інструментального обстеження включали електрокардіографію, оглядову рентгенографію органів грудної клітки. При потребі призначали консультацію терапевта для корекції супровідної серцево-легеневої і дихальної патології. У 45 хворих проводили спірографію, огляд кардіолога та пульмонолога. Обов'язковим в плані передопераційної підготовки було проведення сонографії пахової ділянки і грижового випинання.

Операція Ліхтенштейна виконувалася нами за запропованою автором методикою. При виконанні цієї операції нами було відзначено, що найслабшим місцем протезованої задньої стінки пахового каналу є місце виходу сім'яного канатика. У більшості випадків було складно обрати необхідний діаметр отвору. При надмірному звуженні внутрішнє пахове кільце, однак зростала ймовірність подальшої ішемізації сім'яного канатика і яєчка та розвитку у цих органах склеротичних змін із порушенням їх функції. При збільшенні розміру сформованого в протезі внутрішнього пахового кільця ризик цього ускладнення знижував-

ся однак зростала ймовірність рецидиву пахової грижі. Виходячи з цього, нами була запропонована модифікація герніопластики за Ліхтенштейном, яка полягає у оригінальному способі формування штучного внутрішнього пахового кільця.

Вибір методу оперативного втручання здійснювали, базуючись на класифікації Nyhus:

— у хворих з I типом за Nyhus, виконували герніопластику за Бассіні (резервним методом була операція за Ліхтенштейном);

— у пацієнтів з II типом за Nyhus — операцію за Постемпським (методом резерву була герніопластика за Ліхтенштейном);

— у хворих при IIIA типі виконували операцію за Постемпським, однак у випадку великих прямих гриж із повністю зруйнованою поперечною фасцією вважали за доцільне виконувати операцію Ліхтенштейна;

— у хворих з IIIB типом методом вибору була операція Ліхтенштейн-I або наша модифікація;

— при I VA і I VB-типі вважали за доцільне виконувати операцію Ліхтенштейна у нашій модифікації.

У 57 хворих групи порівняння була виконана герніопластика за Бассіні. У них переважали косі грижі з помірно розширеним, або нормальним внутрішнім паховим кільцем. У 48 хворих групи порівняння була виконана герніопластика за Постемпським. Як правило це були хворі, які мали косі і прямі грижі з розширеним внутрішнім паховим кільцем та частково зруйнованою задньою стінкою пахового каналу. Грижовий мішок у них повністю займав паховий канал і часто опускався в калитку. Операція Ліхтенштейна (51) або наша модифікація (17) була виконана у всіх хворих основної групи.

У післяопераційному періоді застосовували активне ведення хворих. Фізичну реабілітацію розпочинали в терміни до 6—12 годин після закінчення операції. Використовували ненаркотичні анальгетики з метою ліквідації післяопераційного болювого синдрому.

Серед хворих групи порівняння у 16 (15,2%) виникали різні післяопераційні ускладнення, тоді як у хворих основної групи — тільки у 9 (13,23%) випадках.

Набряк калитки спостерігали тільки у хворих групи порівняння: у 1 (0,95%) хворого після операції за методом Бассіні і у 3 (2,85%) хворих після операції за методом Постемпського. У жодного хворого основної групи це ускладнення не спостерігали. При появі набряку калитки в більшості випадків не застосовували жодного специфічного лікування, в терміни до 5 днів набряк самостійно зникав.

Гематома калитки відзначалася тільки в 1 (0,95%) хворого групи порівняння після операції за методом Бассіні, в основній групі цього ускладнення не спостерігали. Однак слід відзна-

тити, що, на нашу думку, не потрібно пов'язувати розвиток гематоми з методом герніопластики. Це ускладнення спостерігали у хворого з великою рецидивною пахово-калітковою грижою і пов'язували його з травматизацією при виділенні грижового мішка. Сером у групі порівняння не було, натомість вони траплялися у 2 пацієнтів основної групи. Як правило, сероми перебігали безсимптомно, не спричиняли болючість у ділянці післяопераційної рани.

Часто основним і єдиним клінічним симптомом була субфебрильна гарячка, яка утримувалася впродовж кількох днів поспіль. Інфільтрат післяопераційної рани зустрічався найчастіше після герніопластики за Бассіні — у 4 (3,8%) хворих. В основній групі його спостерігали у 2 (2,94%) хворих. У всіх випадках його вдалося ліквідувати консервативними заходами.

Парестезії у хворих групи порівняння спостерігалися у 6 (5,71%) випадках. Найбільш часто це ускладнення діагностували після герніопластики за Постемпським — 4 (3,8%) хворих. Також парестезія була відзначена у 1 (1,47%) пацієнта основної групи, після герніопластики за Ліхтенштейном у нашій модифікації. Це ускладнення найбільш важко ліквідувати. На момент виписки із стаціонару воно зберігалось у хворих. Троє пацієнтів, які були оглянуті нами через 6 місяців після виконання операції, вказували на те, що парестезія шкіри в ділянці післяопераційної рани у них зберігається і надалі.

На відчуття стороннього тіла подавали скарги 4 (5,88%) хворих основної групи. У групі порівняння це ускладнення не спостерігалось. Слід відзначити, що у всіх цих пацієнтів були встановлені протези «бюджетного типу». При встановленні протезів «преміум класу» і «VIP-протезів» цього ускладнення не відзначали.

Як видно з викладеного, у групі порівняння і в основній групі зустрічались як специфічні (набряк чи гематома калитки при натяжних методах пластики та сероми і відчуття стороннього тіла при неналяжних методах) так і спільні (інфільтрат післяопераційної рани та парестезії шкіри в ділянці розрізу).

Середній ліжко-день у хворих групи порівняння був дещо вищим, ніж у хворих основної групи і становив у середньому $7,7 \pm 0,4$ доби. У пацієнтів основної групи, у яких виконували герніопластику за Ліхтенштейном, він становив $5,6 \pm 0,8$ доби, а при виконанні алопластики в нашій модифікації $6,2 \pm 1,1$ доби.

Таким чином, хворі основної групи менше часу знаходились у стаціонарі і швидше приступали до повсякденної праці. Термін непрацездатності після виписки із стаціонару і повного відновлення фізичної активності у хворих основної групи становив у середньому $16,8 \pm 4,2$ дні. У групі порівняння повна фізична активність відновлювалася в термін $19,3 \pm 3,2$ дні.



Висновки

1. При виборі методу пластики пахової грижі у хворих похилого та старечого віку необхідно враховувати вид грижі за класифікацією Nyhus.
2. У хворих похилого та старечого віку ненапружені методи пластики мають кращі безпосередні результати, ніж пластика пахової грижі

власними тканинами, що дозволяє рекомендувати більш ширше їх застосування у цієї категорії пацієнтів.

3. Перспективним у плані подальших досліджень є оцінка віддалених результатів різних видів пластики пахових гриж у хворих похилого та старечого віку.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Гюльмамедов Ф.І.* Лапароскопічна герніопластика у лікуванні пахових гриж / Ф.І.Гюльмамедов // Шпитальна хірургія. — 2005. — №1. — С. 175—177.
2. *Выбор* метода пластики передней брюшной стенки при паховой грыже / Ю.Л. Шевченко [и др.] // *Анналы хирургии.* — 2003. — №1. — С. 20—23.
3. *Милуков В.Е.* Этиология и патогенез первичной и рецидивной паховой грыжи / В.Е. Милуков, А.М. Кисленко // *Клин. мед.* — 2005. — №10. — С. 10—15.
4. *Мясников А.Д.* Герниология / А.Д. Мясников, С.А. Колесников // Белгород, 2005. — 345 с.

5. *Рецидив* после герниопластики по Бассини. Кто виноват? / Шулутко А.М. [и др.] // *Анналы пласт., реконструкт. и эстет. хирургии.* — 1999. — №2. — С. 56—59.
6. *Саенко В.Ф.* Современные методы герниопластики / В.Ф. Саенко, Л.С. Белянский, М.М. Манойло // *Клінічна хірургія.* — 2001. — №6. — С. 29—31.
7. *Современные* методы лечения брюшных грыж / Грубник В.В., Лосев А.А., Баязитов Н.Р., Парфентьев Р.С. — К.: Здоров'я, 2001.
8. *Федоров В.Д.* Эволюция лечения паховых грыж / В.Д. Федоров, А.А. Адамян, Б.Ш. Гогия // *Хирургия.* — 2000. — №3. — С. 51—53.

БЕЗНАТЯЖНАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПАХОВЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

*С. М. Васильюк,
В. М. Федорченко,
А. В. Прудников*

Резюме. Проведен анализ различных видов пластики паховых грыж у 173 больных пожилого и старческого возраста. Установлено, что при выборе метода пластики паховой грыжи у этих пациентов необходимо учитывать вид грыжи по классификации Nyhus. Безнатяжные методы пластики имеют лучшие непосредственные результаты, чем пластика паховой грыжи собственными тканями, что позволяет более широко использовать их у больных пожилого и старческого возраста.

Ключевые слова: *пожилой и старческий возраст, паховая грыжа, лечение.*

FREE TENSION PLASTIC ARTS OF INGUINAL HERNIA FOR PATIENTS OF ELDERLY AND SENILE AGE

*S. M. Vasylyuk,
V. M. Fedorchenko,
O. V. Prudnikov*

Summary. The analysis of different types of the plastic arts of inguinal hernia is conducted at 173 patients of elderly and senile age. It is set that at the choice of method of the plastic arts of inguinal hernia for these patients it is necessary to take into account the type of hernia after classification of Nyhus. Free tension methods of the plastic arts have the best direct results, what the plastic arts of inguinal hernia by own fabrics, that allows more widely to use them for the patients of elderly and senile age.

Key words: *elderly and senile age, inguinal hernia, treatment.*