

ВИБІР МЕТОДУ ГЕРНІОПЛАСТИКИ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ З ПРИВОДУ НЕУСКЛАДНЕНОЇ ПАХВИННОЇ ГРИЖІ

С. М. Василюк, О. В. Прудніков

Івано-Франківський національний медичний університет

THE CHOICE OF HERNIOPLASTY METHOD IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS, SUFFERING NONCOMPLICATED INGUINAL HERNIA

S. M. Vasylyuk, O. V. Prudnikov

Проблема лікування ПГ має важливе соціальне й медичне значення. Операції з приводу ПГ за частотою посідають перше місце в структурі планових втручань і друге — усіх хірургічних втручань після апендектомії. Оперативне втручання як метод лікування ПГ сьогодні немає альтернативи. Сучасна концепція лікування ПГ передбачає пластику пахвинного каналу з використанням сітчастого імплантата без натягу тканин [1]. Запропоновані понад 400 способів пластики ПГ, проте, частота рецидивів після стандартної герніопластики з приводу ПГ становить 10% — при первинних, 30% — при рецидивних, 3—5% — при застосуванні методів герніопластики без натягу тканин з використанням різних синтетичних матеріалів [2]. Значну частоту рецидивів спостерігають у хворих похилого й старечого віку, зокрема, після первинної герніопластики — 15—20%, після операцій з приводу рецидивних ПГ — 35—46% [3].

З приводу ПГ найбільш часто виконують операцію за Ліхтенштайном, запропоновану автором у 1989 р.

За збірними даними американських і європейських вчених, у теперішній час понад 70% операцій з приводу ПГ виконують за цим методом [4]. Проте, деякі автори вказують, що після протезувальної пластики за Ліхтенштайном частота рецидивів сягає 2,4% [5].

Особливостями стану тканин передньої черевної стінки у хворих похилого й старечого віку є якісна і

Реферат

Проведене комплексне обстеження й хірургічне лікування 220 хворих похилого і старечого віку з приводу різних типів пахвинної грижі (ПГ) за класифікацією Nyhus. У 103 пацієнтів (основна група) виконували герніопластику за Ліхтенштайном або за запропонованими нами модифікаціями; у 117 (група порівняння) — натяжну герніопластику з використанням власних тканин. За даними морфологічного вивчення м'язово-апоневротичних структур пахвинного каналу, у 24 хворих встановлено, що у формуванні косої ПГ провідну роль відіграє біомеханічна нестабільність сполучнотканинних структур, прямої — зменшення абсолютної кількості м'язових волокон, зниження їх еластичності і швидкості скоротливої відповіді. Застосування неналяжних методів пластики у пацієнтів похилого віку патогенетично обґрунтоване, дозволяє зменшити тривалість госпіталізації, періоду фізичної реабілітації, частоту ускладнень і рецидивів, покращити якість життя у віддалені строки після оперативного втручання.

Ключові слова: пахвинна грижа; механізми формування; герніопластика; якість життя; хворі похилого і старечого віку.

Abstract

Complex examination and surgical treatment was performed in 220 elderly and senile patients for various types of inguinal hernia (IH) in accordance to Nyhus classification. In 103 patients (the main group) hernioplasty was performed according to Lichtenstein method or using modifications, proposed by us; in 117 (the comparison group) — the tension hernioplasty, using the patient's tissues. According to data of morphological investigation of the inguinal channel musculo-aponeurotic structures in 24 patients there was established, that in the oblique IH formation a biochemical instability of the connective tissue structures plays a leading role, while in a direct type of IH — the reduction of muscular fibrils quantity, lowering their elasticity and a contractile answer velocity. Application of a tension-free methods of plasty in elderly and senile patients is pathogenetically substantiated, it permits to reduce the hospital stay, the physical rehabilitation duration, the complications and recurrences rate, and to improve quality of life in remote follow-up period after operative intervention.

Key words: inguinal hernia; mechanisms of formation; hernioplasty; quality of life; elderly and senile patients.

кількісна неповноцінність з вираженими атрофічно-дегенеративними змінами апоневрозу і м'язів в ділянці грижі в поєднанні з порушенням мікроциркуляції [3]. З огляду на це, натяжні методи пластики у таких пацієнтів не мають достатнього патогенетичного обґрунтування. Проте, концепція вибору методу з приводу ПГ сьогодні викладена недостатньо чітко, тому необхідне

всебічне вивчення анатомії пахвинного каналу та вдосконалення техніки герніопластики [6].

Мета дослідження — підвищити ефективність хірургічного лікування хворих похилого й старечого віку з приводу неускладненої ПГ шляхом впровадження оптимального методу герніопластики з огляду на анатомо-фізіологічні зміни пахвинного каналу.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведене клінічне, лабораторне та інструментальне обстеження та хірургічне лікування 220 хворих похилого і старечого віку з приводу ПГ. Вік хворих від 61 до 89 років, у середньому ($67,6 \pm 0,6$) року. Всі хворі чоловіки.

Хворі розподілені на дві клінічні групи. До основної групи віднесли 103 пацієнтів, у яких застосовані ненапружені методи пластики з використанням сітчастого протеза; до групи порівняння — 117 хворих, у яких пластику пахвинного каналу здійснювали з застосуванням власних тканин.

Найбільш значущим фактором грижоутворення було систематичне підвищення внутрішньочеревного тиску внаслідок особливостей професійної або фізичної діяльності хворих впродовж 10—15 років. Хронічні неспецифічні захворювання легень, що супроводжувалися частим кашлем, діагностовані у 21,4% пацієнтів основної групи та у 22,2% — групи порівняння. Доброякісну гіперплазію передміхурової залози виявляли майже однаково часто у хворих обох груп. Хронічний запор, що супроводжувався частим підвищенням внутрішньочеревного тиску під час випорожнення, відзначений у 9,7% хворих основної групи та в 11,1% — групи порівняння. На момент обстеження 11,7% хворих основної групи і 12,8% — групи порівняння палили. Співвідношення косих і прямих ПГ в основній групі становило 1,3 : 1, у групі порівняння — 1,8 : 1, загалом — 1,5 : 1. В основній групі частіше виявляли правобічну ПГ — у 60 (54,3%) хворих, у групі порівняння — у 67 (57,9%). ПГ, що вправлялася, діагностована у 202 (91,8%) пацієнтів (у 103 — основної групи, у 99 — групи порівняння). Первинна ПГ виявлена у 209 (90,9%) хворих, рецидивна — у 21 (9,1%).

Залежно від виду ПГ хворі розподілені за класифікацією L. Nyhus (1993). ПГ II типу (коса середня) в основній групі виявлена у 37,8% спостережень, у групі порівняння — у 38,7%; ПГ IIIA типу (пряма) — відповідно у 36,9 та 34,5%; дуже рідко у

пацієнтів похилого й старечого віку відзначали ПГ I типу (косу малу): у 0,9% — основної групи, у 4,2% — групи порівняння.

У 24 хворих проведено морфологічне та електронно—мікроскопічне дослідження м'язово—апоневротичних структур пахвинного каналу.

Матеріал для дослідження забірали з верхньо—латеральної стінки пахвинного каналу, що дозволяло характеризувати найбільш важливі щодо виникнення ПГ елементи передньої черевної стінки.

Поряд з загальноприйнятими лабораторними та інструментальними методами дослідження, оцінювали перебіг післяопераційного періоду за шкалою вербальних оцінок і візуально—аналоговою шкалою. Для об'єктивної оцінки результатів дослідження застосовували статистичну обробку.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Ділянка глибокого пахвинного кільця, яке є грижовими воротами для косої ПГ, у 66,7% спостережень характеризувалась розростанням волокнистих компонентів сполучної тканини до грижових воріт і просвітлення судин. Наслідком цього було звуження судин та формування в ділянці глибокого пахвинного кільця зони ішемії. Апоневроз в цій зоні характеризувався переважанням волокнистих елементів, великими пучками 1—го та 2—го порядку. Колагенові волокна мали низький індекс звивистості. Вікові процеси інволюції зумовили збільшення кількості волокон з поперечними взаємозв'язками і зменшення кількості еластичних волокон. Колагенові волокна потовщені, відстань між ними зменшена. Ці зміни були дифузними, їх виявляли в усіх периферійних дрібних кровоносних судинах.

При формуванні прямої ПГ переважали зміни у м'язових волокнах передньої черевної стінки. Спостерігали гістологічні та ультроструктурні зміни, подібні до таких при міопатії. Проте, у хворих похилого й старечого віку їх слід розцінювати як компенсаторно—

приспосувальну реакцію м'язових волокон в умовах ішемії.

Всі хворі оперовані у плановому порядку. Основними критеріями, які брали до уваги під час вибору методу пластики грижових воріт у пацієнтів обох груп, були: клінічні (наявність супутніх захворювань, ступінь анестезіологічного ризику, тривалість захворювання, тип грижі за Nyhus, розміри грижових воріт); ультрасонографічні (вміст грижового мішка, особливості пахвинного проміжку — висота, площа); інтраопераційні (стан передньої стінки пахвинного каналу, рубцеві зміни м'язово—апоневротичних структур, ступінь руйнування задньої стінки пахвинного каналу).

При ПГ I і II типу (за Nyhus) виконували пластику задньої стінки пахвинного каналу (за Бассіні) або пластику з усуненням пахвинного каналу (за Постемпським). При ПГ III і IV типу здійснювали тільки пластику, яка передбачала усунення пахвинного каналу. Більшість цих пацієнтів оперовані в період 2007—2009 рр. В основній групі операцією вибору була герніопластика за Ліхтенштайном, у 50 пацієнтів застосовані запропоновані нами модифікації цієї операції.

У 45 пацієнтів групи порівняння виконано 47 операцій герніопластики за Бассіні. У них переважали косі ПГ з помірним розширенням або незмінним глибоким пахвинним кільцем. У решти хворих цієї групи здійснена герніопластика за Постемпським. Як правило, у них були косі і прямі ПГ з розширенням глибокого пахвинного кільця та частковим руйнуванням задньої стінки пахвинного каналу. У 58 пацієнтів основної групи виконана 61 операція Ліхтенштайна, у 45 — 50 операцій у нашій модифікації.

Під час виконання операції Ліхтенштайна відзначене, що найслабшим місцем протезованої задньої стінки пахвинного каналу було місце виходу сім'яного канатика. У більшості ситуацій було складно обрати необхідний діаметр отвору. Виходячи з цього, нами запропонована модифікація операції герніопластики за Ліхтенштайном [7], яка передбачала встановлення додатко-

вого Ω —подібного протеза в ділянці глибокого пахвинного кільця, який фіксували вузловими швами до імплантата, встановленого за Ліхтенштайном.

У 5 пацієнтів основної групи, у яких виник рецидив ПГ в місці виходу сім'яного канатика крізь проленовий протез, нами виконане оперативне втручання за запропонованою методикою [8]: слабке місце укріплювали Ω —подібним сітчастим протезом, лінію розрізу спрямовували у протилежному напрямку до розрізу раніше встановленого імплантата.

Тривалість операції у хворих групи порівняння дещо більша, ніж в основній групі. Під час виконання герніопластики за Бассіні чи Постемпським вона становила у середньому ($59,81 \pm 2,36$) хв; в основній групі — ($54,44 \pm 1,55$) хв. У пацієнтів, оперованих за запропонованою модифікацією операції Ліхтенштайна, тривалість операції більша у середньому на 10 — 15 хв.

Хворі основної групи через 6 год після закінчення оперативного втручання оцінювали інтенсивність болю у середньому ($3,74 \pm 0,09$) бала, групи порівняння — ($6,67 \pm 0,15$) бала. Таку достовірну різницю показників спостерігали до 3—ї доби після операції. Аналогічні дані отримані і при об'єктивній характеристиці болю в оперованих хворих.

У 19 (16%) хворих групи порівняння виникли різні післяопераційні ускладнення, в основній групі — у 12 (10,8%). набряк мошонки спостерігали в групі порівняння у 2 (4,2%) пацієнтів після операції за Бассіні, у 4 (5,6%) — за Постемпським; гематому мошонки — в 1 (2,1%) хворого після операції за Бассіні. Сероми в групі порівняння не спостерігали, в основній групі вони виявлені у 4 пацієнтів. Інфільтрат операційної рани відзначали найчастіше після герніопластики за Бассіні — у 4 (8,5%) хворих, в основній групі — в 1 (0,9%).

Парестезія в групі порівняння виникла у 6 (5,0%) хворих; найчастіше — після герніопластики за

Постемпським — у 4 (5,6%), в основній групі — в 1 (1,6%) — після герніопластики за Ліхтенштайном, в 1 (2,0%) — після застосування нашої модифікації. На відчуття стороннього тіла скаржились 5 (4,5%) хворих основної групи, у групі порівняння це ускладнення не спостерігали. На нашу думку, воно пов'язане з фіксацією проленового імплантата у пахвинній ділянці при застосуванні неналяжної герніопластики.

Тривалість лікування хворого у стаціонарі в групі порівняння була дещо більшою, ніж в основній групі. Тривалість періоду непрацездатності після виписування пацієнта і повного відновлення фізичної активності в основній групі становила у середньому ($16,82 \pm 0,21$) дня, у групі порівняння — ($19,31 \pm 0,48$) дня.

У віддаленому періоді обстежений 121 (55,0%) пацієнт, в тому числі 57 — основної групи та 64 — групи порівняння.

У строки спостереження до 12 міс рецидив грижі виник в 1 (1,7%) хворого основної групи, оперованого за Ліхтенштайном; в групі порівняння — у 5 (7,8%), в тому числі після герніопластики за Постемпським — у 2 (5,9%), за Бассіні — у 3 (10,0%). Загалом, частота виникнення рецидиву ПГ в основній групі становила 1,7%, у групі порівняння — 7,8%. У 3 (4,7%) пацієнтів групи порівняння були скарги на біль у ділянці післяопераційного рубця під час фізичного навантаження; в основній групі на це скаржився 1 (1,7%) пацієнт. Парестезія шкіри у ділянці післяопераційного рубця відзначали по 2 пацієнти обох груп. Вони вважали цю ознаку важливим компонентом якості життя. Їм призначали препарати з невропротекторними властивостями, проте, без бажаного результату. На відчуття стороннього тіла у місці операції вказував один пацієнт основної групи.

Взагалі частота пізніх післяопераційних ускладнень в основній групі була значно менша — 8,8%, в групі порівняння — 15,6%.

У групі порівняння 57,8% пацієнтів відзначали хороший косметичний ефект після операції; в основній групі — 59,6%. Задоволені результатом оперативного лікування 82,8% пацієнтів групи порівняння та 87,7% — основної групи.

ВИСНОВКИ

1. У хворих похилого й старечого віку відзначені інволютивні процеси в структурних компонентах м'язово—апоневротичної сполучної тканини, які є специфічними: зменшення поперечного перерізу сполучнотканинних пучків, втрата їх правильної орієнтації з хаотичним переплетенням, зменшення кількості еластичних волокон, що свідчить про біомеханічну нестабільність сполучнотканинних структур в цьому віці і відіграє важливу роль у формуванні косої ПГ.

2. У хворих похилого й старечого віку спостерігають суттєве гальмування розвитку і диференціювання значної частини м'язових волокон. Зменшення середнього діаметра FOG—м'язових волокон на 16,6%, FG — на 18,3%, поряд з зменшенням абсолютної кількості м'язових волокон, що спричиняє зниження еластичності і швидкості скоротливої відповіді м'язового волокна, більш притаманне пацієнтам за прямої ПГ.

3. Отримані результати свідчать, що неналяжні методи пластики у хворих похилого й старечого віку більш ефективні у порівнянні з пластикою з використанням власних тканин: забезпечують меншу тривалість госпіталізації, більш швидку фізичну реабілітацію, меншу частоту ускладнень і рецидивів. При герніопластиці з використанням власних тканин їх натяг в подальшому спричиняє неспроможність у місцях медіальної чи латеральної пахвинних ямок.

4. Перспективним у плані подальших досліджень є розроблення алгоритму вибору методу герніопластики у хворих похилого та старечого віку з приводу ПГ різного виду.

ЛІТЕРАТУРА

1. Власов В. В. Передочеревинна алопластика пахвинного каналу / В. В. Власов, І. В. Бабій // Клін. хірургія. — 2010. — № 3. — С. 27 — 30.
2. Ничитайло М. Е. Современные аспекты эндовидеохирургического лечения сложных и рецидивных паховых грыж / М. Е. Ничитайло, И. И. Булик // Там же. — С. 10 — 16.
3. Хирургическое лечение рецидивной паховой грыжи у пациентов пожилого и старческого возраста / В. И. Паламарчук, Н. Н. Гвоздяк, О. В. Шуляренко [и др.] // Хірургія України. — 2011. — № 4. — С. 55 — 58.
4. Выбор способа пластики при паховых грыжах / С. В. Шалашов, Л. К. Куликов, А. Л. Михайлов [и др.] // Сиб. мед. журн. — 2008. — № 6. — С. 96 — 98.
5. Стрижелецкий В. В. Эндовидеохирургическая пластика паховых грыж / В. В. Стрижелецкий, Г. М. Рутенбург, А. Б. Гуслев // Тихоокеан. мед. журн. — 2009. — № 2. — С. 19 — 27.
6. Грешило О. О. Топографічна анатомія пахвинної ділянки у здорових та хворих на пахвинну грижу дорослих людей / О. О. Грешило, В. В. Власов // Клін. анатомія та оператив. хірургія. — 2010. — Т. 9, № 1. — С. 27 — 30.
7. Пат. 51006 Україна, МПК А61В17/00. Спосіб хірургічного лікування пахвинних гриж за допомогою сітчастого протеза у хворих похилого та старечого віку / О. В. Прудніков, С. М. Василюк, В. М. Федорченко (Україна). — № 201000846; заявл. 28.01.10; опубл. 25.06.10. Бюл. № 12.
8. Пат. 66844 Україна, МПК А61В17/00. Спосіб хірургічного лікування рецидиву пахвинної грижі після герніопластики за Ліхтенштейном / О. В. Прудніков, С. М. Василюк, В. М. Федорченко (Україна). — № 201106370; заявл. 23.05.11; опубл. 25.01.12. Бюл. № 2.

