

УДК 617.557–007.43–089.168

РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАХВИННОЇ ГРИЖІ У ХВОРИХ РІЗНОГО ВІКУ

О. О. Воровський

Обласний госпіталь для інвалідів Вітчизняної війни, м. Вінниця

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF INGUINAL HERNIA IN PATIENTS OF VARIOUS AGE

O. O. Vorovskiy

Пахвинні грижі (ПГ) становлять від 50,7 — 75 до 66 — 80% в структурі усіх видів гриж, їх частота у чоловіків похилого та старечого віку — 90 — 97% [1]. Герніопластика з приводу ПГ є найбільш частою операцією, за даними деяких авторів, посідає третє місце серед планових та невідкладних оперативних втручань і становить 8 — 25% усіх оперативних втручань [2]. Частота защемлених ПГ від 8 до 20% від загальної кількості гриж передньої черевної стінки і 4,2% — гострих хірургічних захворювань, серед яких частота защемлення ПГ посідає перше місце — 37,2 — 45,8% [3]. Після того, як Н. Мерсу у 1871 р. обґрунтував важливу роль слабості поперечної фасції, більшість хірургів світу обстоюють способи пластики задньої стінки ПК (Бассіні, Кукуджанов, Шолдайс та ін.), проте, після доповіді Lichtenstein у 1993 р. про результати застосування запропонованого ним методу на підставі досвіду виконання 3000 операцій, при цьому рецидив захворювання виник у 4 пацієнтів, метод почали широко використовувати [4].

Проте, деякі автори не рекомендують здійснювати алопластику при ПГ, оскільки, на їх думку, наявність патологічно змінених тканин не дозволяє достатньо міцно фіксувати сітку, що спричиняє її зсув та гофрування, внаслідок чого можливе виникнення таких ускладнень, як хронічне запалення, гематоми, сероми, невралгія, нагноєння рани з подальшим відторгненням імплантата та рецидивом грижі [1] і болювого синдрому в місці операції [5].

Деякі автори пропонують способи імплантації алопротеза в ПК з використанням мінідоступу з прямої,

Реферат

Проаналізовані результати хірургічного лікування 1220 хворих з приводу пахвинної грижі (ПГ). Віком старше 60 років було 810 пацієнтів (основна група), від 40 до 59 років — 410 (група порівняння). Встановлено, що у пацієнтів старше 60 років внаслідок вікових атрофічно—дистрофічних змін м'язів пахвинного каналу (ПК) частота рецидиву захворювання більша, ніж у пацієнтів молодшого віку. Тому під час грижопластики ПК слід віддавати перевагу алопластичним методам з використанням мініінвазивних та ендоскопічних технологій. Частота інтраопераційних та ранніх післяопераційних ускладнень у хворих обох груп без достовірної різниці.

Ключові слова: пахвинна грижа; хірургічне лікування; вікові зміни тканин пахвинного каналу.

Abstract

Results of surgical treatment of 1220 patients, suffering inguinal hernia, were analyzed. Among the patients there were 810 ageing more than 60 yrs old (main group), from 40 to 59 yrs — 410 (control group). There was established, that in patients older than 60 yrs, due to presence of age—related atrophic—dystrophic changes in the inguinal channel muscles, the disease recurrence rate is more than in younger patients. That is why in the inguinal channel hernioplasty the priority must be on the side of alloplastic methods with application of miniinvasive and endoscopic procedures. There was not trustworthy difference between the groups of patients for the rate of intraoperative and early postoperative complications.

Key words: inguinal hernia; surgical treatment; the age changes of tissues of inguinal channel.

чи передочеревинної позиції [6]. В останні роки відзначають широке використання методів лапароскопічної герніопластики, зокрема, розробленої J. D. Corbitt (1991) методики трансабдомінальної передньочеревної грижопластики з імплантацією поліпропіленового імплантата. Вважають, що при застосуванні цього способу менші частота хронічного болювого синдрому, тривалість лікування у стаціонарі, мала травматичність, швидка соціальна й медична реабілітація пацієнтів [7]. З недоліків відзначають високу собівартість способу, необхідність застосування загального знеболення і напруженого пневмоперитонеуму, перебування хворого у положенні Тренделенбурга, що значно підвищує анестезіологічний ризик, особливо у хворих похилого й старечого віку [4, 7], а інтрааб-

домінальні маніпуляції часто спричиняють небезпечне ятрогенне ускладнення внутрішніх органів і судин, скупчення рідини в мошонці у вигляді сероми чи гематоми [8, 9]. Деякі хірурги вказують, що ускладнення після лапароскопічної герніопластики більш тяжкі та небезпечні для хворого, зокрема, гостра непрохідність кишечника, кишкові нориці, перитоніт, кровотеча з великих судин, невралгія, атрофія яєчка, сечові нориці, міграція імплантата в сечовий міхур. В останні роки з'явилися публікації, в яких наголошено на значній частоті виникнення ранніх рецидивів (15—20%) та ускладнень (2,5%) [10].

Таким чином, попри численні публікації, немає тактичної доктрини при виборі методу лікування ПГ, думки авторів про переваги та недоліки сучасних методів хірургічно-

го усунення дефектів ПК суперечливі, що свідчить про відсутність оптимальної методики лікування цього захворювання, яка б відповідала вимогам сьогодення.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У дослідження включені 1220 хворих, оперованих з приводу ПГ різного типу в умовах хірургічного відділення в період з 2003 по 2013 р., що становило 70,1% усіх дефектів передньої черевної стінки. Більшість (75%) хворих госпіталізовані за самостійним зверненням, 15% — переведені з терапевтичних відділень після проведення курсу лікування, 5% — за направленням районних та регіональних медичних закладів.

Найчастіше (81,2%) пацієнти звертались по медичну допомогу у строки до 5 років від появи грижі. У міру збільшення тривалості існування ПГ частота звернення значно зменшувалася: у строки 6 — 10 років — 12%, 11 — 20 років — 4,8%, 21 рік і більше — 2%.

В основну групу включені 810 пацієнтів віком 60 років і старше, більшість з них чоловіки — 682 (84,2%), жінок було 128 (15,8%).

В усіх пацієнтів виявлені супутні захворювання, зокрема, в усіх — серцево-судинні захворювання, поєднані з захворюваннями дихальної системи, дихальна недостатність (ДН) II — III стадії відзначена у 664 (82,0%); опорно-рухової системи — у 448 (55,3%); ожирінням II — IV ступеня — у 252 (31,1%); центральної та периферійної нервової системи II — III стадії — у 242 (29,9%); посттромбофлебійним синдромом та варикозним ураженням вен нижніх кінцівок з хронічною венозною недостатністю (ХВН) II — III стадії — у 163 (20,1%); цукровим діабетом II типу — у 123 (15,2%); сечової системи — у 428 (28,2%) тощо.

ПГ малого розміру виявлена у 112 (13,8%) хворих (при напруженні діаметр 1 — 3 см); середнього — у 412 (50,9%) (3 — 5 см), великого — у 202 (24,9%) (5 — 10 см), гігантського — у 84 (10,4%) (понад 10 см, в тому числі пахвинно-мошонкові).

Правобічна локалізація ПГ встановлена у 452 (55,8%) хворих, ліво-

бічна — у 308 (38%), двобічна — у 94 (11,6%).

У 364 (44,9%) хворих діагностовані косі ПГ, за класифікацією Європейської асоціації хірургів герніологів (1993), гриж I типу не було, ПГ II типу — виявлені у 112 (13,8%), III типу — у 252 (31,1%). У 476 (55,1%) хворих діагностовані прямі ПГ, IV типу — у 54 (6,7%), V типу — у 422 (52,1%). Поєднання косої та прямої ПГ в одному ПК, що називають "панталонною", або "поєднаною", грижею (VI тип) спостерігали у 84 (10,4%) хворих. З рідкісних ПГ інтрапарієтальна виявлена у 3 (0,37%) хворих, осумкована (грижа Купера) — у 6 (0,74%), надміхурова — у 4 (0,49%), вони віднесені до IV типу. У 102 (12,6%) пацієнтів грижова хвороба мала рецидивний перебіг (VIII тип), у 48 (5,9%) з них відзначений один рецидив, у 26 (3,2%) — два, у 18 (2,2%) — три, у 10 (1,2%) — більше трьох, в тому числі після алопластики — у 12 (1,5%).

Під час виконання оперативного втручання у 106 (13,1%) хворих ПГ були ковзними, з них у 64 (7,9%) — однією стінкою грижового мішка була стінка сечового міхура, хворі скаржилися на дизуричні явища, у 42 (5,2%) — стінка сліпої кишки.

У 54 (6,7%) пацієнтів, оперованих за невідкладними показаннями, виявлена защемлена ПГ. Під час хірургічних маніпуляцій встановлено, що у 35 (4,3%) з них в грижовому мішку було защемлене пасмо великого сальника, з них у 24 (3%) — ділянка сальника резекована; у 19 (2,4%) — петлі кишечника, з них у 10 (1,2%) — визнані нежиттєздатними.

Оперативне втручання передбачало пластику ПК з використанням власних тканин (аутопластика) — у 68 (8,4%) хворих та алопластику з застосуванням поліпропіленового імплантата — у 742 (91,6%).

Ускладнення після аутопластики виникли у 9 (13,2%) хворих; після протезуючої пластики з використанням поліпропіленового імплантата — у 87 (11,7%). Померли 2 хворих з защемленою грижею внаслідок прогресуючого перитоніту в поєднанні з декомпенсацією серцевої діяльності. В групу порівняння включені 410 пацієнтів віком від 40

до 59 років, переважали чоловіки — 386 (94,1%), жінок було 24 (5,9%).

У 286 (69,8%) пацієнтів діагностовані серцево-судинні захворювання; у 144 (35,1%) — ДН II — III стадії; у 126 (30,7%) — захворювання опорно-рухової системи; у 94 (22,9%) — центральної та периферійної нервової системи II — III стадії; у 88 (21,5%) — сечової системи; у 43 (10,5%) — посттромбофлебійний синдром та варикозне ураження вен нижніх кінцівок з ХВН II — III стадії; у 34 (8,3%) — ожиріння II — IV ступеня; у 10 (2,4%) — цукровий діабет II типу. У 89 (21,7%) пацієнтів відзначено поєднання супутніх захворювань.

ПГ малого розміру виявлене у 216 (52,7%) хворих; середнього — у 171 (41,7%) (при напруженні діаметр 3 — 5 см), великого — у 20 (4,9%) (5 — 10 см), гігантського — у 3 (0,7%).

Правобічну ПГ спостерігали у 206 (50,2%) хворих, лівобічну — у 172 (42%), двобічну — у 32 (7,8%).

Після операції у 270 (65,9%) хворих діагностували косі ПГ, в тому числі I типу — у 112 (27,3%), II типу — у 92 (22,4%), III типу — у 70 (17,1%). У 135 (32,9%) хворих діагностовані прямі ПГ, IV типу — у 74 (18,0%), V типу — у 57 (13,9%). "Панталонна", або "поєднана" грижа (VI тип) відзначена у 4 (1%) пацієнтів. З рідкісних ПГ надміхурова виявлена в 1 (0,2%) хворого (IV тип). У 22 (5,4%) пацієнтів грижова хвороба мала рецидивний перебіг (VIII тип), у 12 (2,9%) з них відзначений один рецидив, у 8 (2%) — два, у 2 (0,5%) — три. Рецидив захворювання після алопластики не спостерігали.

Під час виконання оперативного втручання у 7 (1,7%) хворих виявлена ковзна ПГ, з них у 4 (1%) — однією стінкою грижового мішка була стінка сечового міхура, у 3 (0,7%) — стінка сліпої кишки. Защемлену ПГ в цій групі не спостерігали. Аутопластика застосована у 24 (6,0%) хворих, алопластика — у 386 (94,1%).

Ускладнення після здійснення аутопластики виникли у 3 (12,5%) хворих, після протезуючої пластики з використанням поліпропіленового імплантата — у 36 (9,3%). Всі пацієнти після операції живі.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При порівнянні результатів дослідження встановлено, що в основній групі поєднані супутні захворювання виявлені майже в усіх пацієнтів, у групі порівняння супутні захворювання — у 69,8%, з них поєднані — у 21,7%. Великі грижові випинання переважали в основній групі — у 35,3% хворих, в групі порівняння — у 5,6%. У хворих старшого віку внаслідок атрофічно—дистрофічних змін м'язів ПК переважали прямі ПП, у жодного хворого з косою ПП глибоке пахвинне кільце не збереглося (I тип). З тієї ж причини частота рецидивів захворювання значно більша в основній групі (у 12,6% пацієнтів), ніж у групі порівняння (у 5,4%). У зв'язку з більшою тривалістю захворювання ковзні ПП частіше виявляли в основній групі, ніж у групі порівняння (відповідно у 12,6 та 1,7%). Защемлення грижі в групі порівняння не спостерігали, пацієнтам не проводили передопераційне лікування у терапевтичних стаціонарах, в основній групі це ускладнення виникало саме під час превентивного лікування.

Аутопластика з приводу ПП в основній групі здійснена у 68 (7,9%) хворих, з них у 4 (0,5%) — за методом Постемпського, у 12 (1,5%) — Бассіні—Nyhus, у 2 (0,2%) — Кукуджанова, у 50 (6,2%) — за розробленим методом пошарової ненапряженої аутопластики (пат. України на корисну модель 3689 "Спосіб пластики пахвинного каналу при пахвинних грижах у хворих похилого та старечого віку"). Алопластика застосована у 742 (91,6%) хворих, з них за методом Кіселя — у 44 (5,4%), Ліхтенстай-

на — у 64 (7,9%), у 48 (5,9%) — з застосуванням двошарової синтетичної пластини (Prolen Hernia System), у 532 (65,7%) — за власним методом (пат. України на корисну модель 3402 "Спосіб алопластики пахвинного каналу при пахвинних грижах за допомогою експлантата у хворих похилого та старечого віку"). 3 мініінвазивних методів у 12 (1,5%) хворих застосована преперитонеальна герніопластика з використанням набору інструментів "міні—асистент", у 10 (1,2%) — метод трансабдомінальної передньочеревної грижопластики за J. D. Corbitt, у 32 (4,0%) — за власним способом (пат. України на корисну модель 46810 "Спосіб трансабдомінальної преперитонеальної ендовідеогерніопластики при пахвинних та стегових грижах за допомогою імплантата"). В групі порівняння аутопластичні методи застосовані у 24 (5,9%) хворих, з них у 4 (1,0%) — за методом Бассіні—Nyhus, у 20 (4,9%) — за розробленим методом пошарової ненапряженої аутопластики. Алопластичні методи, переважно мініінвазивні застосовані у 386 (94,1%) хворих, в тому числі за методом Кіселя оперовані 4 (1%), Ліхтенстайна — 14 (3,4%), PHS — 4 (1,0%), за власним методом — 264 (64,4%). У 16 (3,9%) хворих застосовано преперитонеальну герніопластику, у 12 (2,9%) — метод трансабдомінальної передньочеревної грижопластики за J. D. Corbitt, у 72 (17,6%) — власний спосіб трансабдомінальної преперитонеальної ендовідеогерніопластики.

Частота ускладнень в досліджуваних групах достовірно не різнилася. При застосуванні алопластичних

методів післяопераційні ускладнення виникли у 123 (10,9%) хворих, в тому числі сероми операційної рани — у 63 (5,6%), гематоми — у 18 (1,6%), орхоепідидиміт — у 16 (1,4%), лігатурні нориці післяопераційного рубця — у 12 (1,1%), з них у 4 здійснене їх оперативне висічення. Хронічний пахвинний біль спостерігали у 8 (0,7%) хворих, з них у 2 — після трансабдомінальної преперитонеальної ендовідеогерніопластики. На етапі освоєння методики пошкодження нижньої надчеревної артерії спостерігали у 2 (0,2%) хворих, позаочеревинне пошкодження сечового міхура — в 1 (0,1%), кровотечу з судин сім'яного канатика — у 3 (0,3%).

При застосуванні аутопластичних методів пластики ПК післяопераційні ускладнення виникли у 12 (3,8%) хворих, в тому числі сероми операційної рани — у 3 (1,9%), гематоми — у 2 (0,6%), набряк яєчка — у 4 (1,6%), лігатурні нориці післяопераційного рубця — в 1 (0,9%), хронічний пахвинний біль — у 2 (0,9%).

Отже, у пацієнтів віком старше 60 років хірургічне лікування з приводу ПП ускладнюється поєднаними супутніми захворюваннями. Внаслідок вікових атрофічно—дистрофічних змін м'язів ПК частота рецидиву захворювання більша, ніж у хворих молодшого віку. Тому під час планування грижопластики ПК слід віддавати перевагу алопластичним методам, особливо мініінвазивним та ендоскопічним. Частота інтраопераційних та ранніх післяопераційних ускладнень в обох групах достовірно не різнилася.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ничитайло М. Е. Современные аспекты эндохирургического лечения сложных и рецидивных паховых грыж / М. Е. Ничитайло, И. И. Булик // Кліні. хірургія. — 2010. — № 3 — С. 10 — 16.
2. Результаты операций втручань з застосуванням сітчастих алотрансплантатів у пацієнтів з пахвинними грижами (десятирічний досвід) / В. Г. Мішалов, А. О. Бурка, Л. Ю. Маркулан [та ін.] // AML XL. — 2009. — № 3. — С. 78 — 83.
3. Герніопластика по Трабукко в лечении паховых грыж / И. В. Федоров, О. К. Поздеев, А. Л. Федоров, Э. М. Рамазанов // Практик. медицина. — 2011. — Т. 49, № 2. — С. 96 — 98.
4. Семенов К. В. Современные способы пластики паховых грыж / К. В. Семенов, А. Н. Курицын // Эндоск. хирургия. — 2007. — № 1. — С. 85 — 86.
5. A "self adhering" prosthesis for hernia repaired: experimental study / G. Champault, C. Polliand, F. Dufuor [et al.] // Hernia. — 2009. — Vol. 13, N 1. — P. 49 — 52.
6. Способ паховой герниопластики из минидоступа / С. В. Шалашов, Л. К. Куликов, О. А. Буслаев [и др.] // Сиб. мед. журн. — 2009. — № 7. — С. 223 — 225.
7. Нестеренко Ю. А. Выбор метода пластики пахового канала при плановых операциях / Ю. А. Нестеренко, С. А. Сайбулаев // Хирургия. — 2008. — № 12. — С. 35 — 39.
8. Борисов А. Е. Результаты лапароскопической герниопластики / А. Е. Борисов, С. Е. Митин: Материалы межрегион. конф. "Современное состояние и перспективы герниологии" // Герниология. — 2008. — № 3. — С. 14.
9. Колесников С. А. Малоинвазивные инновационные технологии в лечении паховых, бедренных и грыж тазового дна / С. А. Колесников, О. С. Колесников, С. Г. Горелик // Укр. журн. хірургії. — 2009. — № 2. — С. 79 — 83.
10. Сравнительная характеристика различных методов герниоаллопластики по поводу паховых грыж / В. П. Крышень, А. В. Кудрявцев, В. А. Мушинин [и др.] // Кліні. хірургія. — 2010. — № 3. — С. 24 — 26.