

© Б.М. Пацкань, Ю.М. Фатула, Л.Л. Варга, В.Л. Копачик, М.І. Пекарь, 2011

УДК: 617.557-007.43-089

Б.М. ПАЦКАНЬ, Ю.М. ФАТУЛА, Л.Л. ВАРГА, В.Л. КОПАЧИК, М.І. ПЕКАРЬ

Ужгородський національний університет, факультет післядипломної освіти, кафедра хірургічних дисциплін, Ужгород

ДОСВІД ВІДКРИТИХ АЛОГЕРНІОПЛАСТИК У ЛІКУВАННІ ПАХВИННИХ ГРИЖ

Проаналізовано досвід хірургічного лікування 120 хворих із пахвинними грижами, яким виконано 128 відкритих алогерніопластик із використанням сіток. Серед пацієнтів переважали чоловіки (96,7%) та хворі похилого і старечого віку (63,3%). За інтраопераційною класифікацією типів гриж за Gilbert-Rutkow переважали пацієнти з II, III, IV та УШ типами. У 40 (33,3%) хворих мали місце рецидивні грижі, з них перший рецидив відзначено у 86,7%, другий – у 10%, третій – у 3,3%. Виконано 72 класичні операції Ліхтенштейна, 5 пластик RNS-системою та 51 операція Ліхтенштейна у модифікації клініки. Післяопераційні ускладнення мали місце у 15 (11,7%) пацієнтів: гематома післяопераційної рани спостерігалася у 6 (4,7%) хворих, інфільтрат – у 7 (5,5%), ішемічний орхіт – у 2 (1,6%), водянка оболонки яєчка – у 1 (0,8%). Віддалені результати прослідковані у 75 (62,5%) пацієнтів. Хронічний біль різної інтенсивності спостерігався у 10 (13,3%) хворих. Рецидив грижі виявлений у 4 (5,3%) пацієнтів протягом півтора року після класичної операції Ліхтенштейна, яка виконувалася при рецидивних (2 хв.) та великих пахово-каліткових (2 хв.) грижах. Автори вважають, що застосування різних алопластичних методик, вдосконалення способів фіксації та розміщення сітки дозволяє покращити безпосередні та віддалені результати лікування хворих з пахвинними грижами.

Ключові слова: пахвинні грижі, алогерніопластика, післяопераційні ускладнення, віддалені результати

Вступ. Протягом останніх 25 років у хірургічному лікуванні пахвинних гриж відбулися кардинальні зміни, пов'язані з широким впровадженням неналяжних алопластичних методик, у тому числі лапароскопічних, сітчастими матеріалами, що значно покращило віддалені результати, суттєво знизивши відсоток рецидивів гриж [2, 7]. За даними Європейської Асоціації герніологів у країнах Євросоюзу відкриті алогерніопластики посідають перше місце за частотою застосування (60–82,5%), витіснивши традиційні аутопластичні операції на третє місце, після лапароскопічних методик [7]. Операція Ліхтенштейна є найбільш поширеною та вивченою методикою з рівнем рецидивування до 4%, але при складних та рецидивних грижах вона поступається преперитонеальним алопластикам [4, 5, 7]. Накопичений клінічний досвід рецидивів та хронічного болю після операції Ліхтенштейна стимулює розробку модифікацій, направлених на вдосконалення розміщення та фіксації сіток [1, 2, 3, 4, 5].

Мета дослідження. Проаналізувати безпосередні та віддалені результати відкритих алогерніопластик при лікуванні пахвинних гриж.

Матеріали та методи. У хірургічній клініці Ужгородської центральної міської клінічної лікарні протягом 2003–2010 рр. виконано 128 відкритих алогерніопластик із використанням сіток 120 хворим з пахвинними грижами. У 8 пацієнтів спостерігалися двобічні грижі, які у трьох випадках оперовані одномоментно, у п'ятьох – у два етапи з інтервалом від одного до шести місяців. У 40 (33,3%) хворих мали місце рецидивні грижі, з них перший рецидив відзначено у 86,7%, другий – у 10%, третій – у 3,3%. Четверо (3,3%) пацієнтів з первинними грижами оперовані в ургентному порядку з приводу защемлення.

Чоловіків було 116 (96,7%), жінок – 4 (3,3%). За віковою ознакою хворі розподілилися наступним чином: 20 – 29 – 1,4%, 30 – 39 – 3,8%, 40 – 49 – 9,6%, 50 – 59 – 21,9%, 60 – 69 – 31,3%, 70 років і старше – 32%.

Серед оперованих пацієнтів переважали хворі з косими пахвинними грижами (39,8%). Характеристика гриж за інтраопераційною класифікацією типів гриж за Gilbert-Rutkow [6] наведена у таблиці 1.

Таблиця 1

Інтраопераційна характеристика пахвинних грижі за типом

Тип грижі	Інтраопераційна характеристика грижі	Кількість гриж	
		n	%
I	Коса грижа з нерозширеним глибоким пахвинним кільцем	4	3,1
II	Коса грижа з розширеним глибоким пахвинним кільцем	19	14,8
III	Коса грижа зі зруйнованим глибоким пахвинним кільцем	28	21,9
IV	Пряма грижа з великим дефектом задньої стінки пахвинного каналу	20	15,6
V	Пряма грижа з невеликим дефектом задньої стінки пахвинного каналу	8	6,3
VI	Комбінація косої і прямої гриж	9	7
VII	Стегнова грижа	—	—
VIII	Рецидивна грижа	40	31,3
Всього		128	100

У 15 (12%) випадках спостерігалися ковзні грижі, коли ковзним органом були сигмовидна кишка (6 хворих), сліпа кишка (5 хворих) та сечовий міхур (4 хворих).

111 (92,5%) хворих оперовані під місцевою анестезією, 6 (5%) під спинномозковою анестезією, 3 (2,5%) під наркозом.

Виконано 72 класичні операції Ліхтенштейна, 5 пластик PHS-системою та 51 операція Ліхтенштейна у модифікації клініки (повідомлення про прийняття заявки на Деклараційний патент на корисну модель U 201014224 від 29.11.2010.). Суть модифікації полягає у вдосконаленні способу розміщення та фіксації сітки. Після ушивання вузловими швами поперечної фасції поліпропілена сітка з відповідним розрізом для сім'яного канатика розміщується під ним, фіксується 1-2-ма вузловими швами до лонного горбка, максимально розправляється, заводиться під апоневроз зовнішнього косоного м'яза живота, лягаючи на внутрішній косий і поперечний м'язи. Нижній край сітки фіксується вузловими швами з інтервалом 1 см до пахвинної зв'язки. Верхній край сітки фіксується П-подібними швами з інтервалом 1,5 см, які проводять через апоневроз зовнішнього косоного м'яза і зав'язують на зовнішній поверхні останнього. Такою фіксацією, на наш погляд, досягається максимальне розтягнення і розправлення сітки. Наступним етапом ушиваємо вузловими швами апоневроз зовнішнього косоного м'яза під сім'яним канатиком без дублювання, розташовуючи останній у підшкірній клітковині. Перебування у стаціонарі після операції було від 1 до 7 днів, в середньому $3,4 \pm 0,9$ дня.

Результати досліджень та їх обговорення. Аналізуючи безпосередні та віддалені результати лікування хворих з пахвинними грижами ми отри-

мали наступні дані. Післяопераційні ускладнення мали місце у 15 (11,7%) пацієнтів: гематома післяопераційної рани спостерігалася у 6 (4,7%) хворих, інфільтрат – у 7 (5,5%), ішемічний орхіт – у 2 (1,6%), водянка оболонки яєчка – у 1 (0,8%).

Віддалені результати (за період від півроку до 7 років) прослідковані у 75 (62,5%) пацієнтів, яким у 40 випадках виконана операція Ліхтенштейна, у 35 – наша модифікація. Хронічний біль різної інтенсивності спостерігався у 10 (13,3%) хворих: у семи після операції Ліхтенштейна, у трьох після її модифікації. Рецидив грижі виявлений у 4 (5,3%) пацієнтів протягом півтора року після операції Ліхтенштейна, яка виконувалася при рецидивних (2 хв.) та великих пахово-каліткових (2 хв.) грижах. Ці операції виконані у перші роки оволодіння класичною методикою. Після модифікованої операції рецидивів не спостерігалось.

Двоє хворих з рецидивом грижі після операції Ліхтенштейна нами повторно оперовані. Причиною рецидиву в обох випадках була недостатня фіксація сітки з наступним її зміщенням. На повторних операціях сітка була частково висічена, алопластика одному хворому виконана PHS-системою, іншому – більшою за площею сіткою.

Висновки. 1. Застосування алопластики, вдосконалення способів фіксації та розміщення сітки дозволяє покращити безпосередні та віддалені результати лікування хворих з пахвинними грижами.

2. Операція Ліхтенштейна та її модифікації повинні широко впроваджуватися у хірургічну практику, як при первинних, так і при рецидивних грижах, незалежно від віку пацієнтів.

3. Алопластику PHS-системою доцільно виконувати при складних та рецидивних грижах.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Власов В.В. Передочервинна алопластика пахвинної каналу / В.В. Власов, І. В. Бабій // Клінічна хірургія. — 2010. — №3. — С.27—30.
2. Грубник В.В. Современные методы лечения брюшных гриж / В.В. Грубник, А.А. Лосев, Н.Р. Баязитов, Р.С. Парфентьев. — К.: Здоров'я, 2001. — 278 с.
3. Кутовой А.Б. Способ аллопластики пахового канала и его топографо—анатомическое обоснование / А.Б.Кутовой, Э.Ф. Самарец // Хірургія України. — 2008. — №2. — С.45—47.
4. Тодуров І.М. Порівняльний аналіз методів пахвинної алогерніопластики / І. М. Тодуров, Л.С. Білянський, О.В. Перехрестенко, В.В. Кучерук // Львівський медичний часопис. — 2009. — №3. — С.50—53.
5. Фелештинський Я.П. Диференційований підхід до преперитонеальної алопластики з приводу складних рецидивних пахвинних гриж / Я.П. Фелештинський, В.І. Мамчич, С.А. Свиридовський, В.Ф. Вагаманок // Клінічна хірургія. — 2010. — №3. — С.17—20.
6. Gilbert A.I. An anatomical and functional classification for the diagnosis and treatment of inguinal hernia / A. I. Gilbert // Amer.J.Surg. — 1989. — Vol.157. — P.331—337.
7. Simons M.P. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients / M. P. Simons, T. Aufenacker, M. Bay—Nielsen [et al.] // Hernia. — 2009. — Vol.13. — P.343—403.

Стаття надійшла до редакції 17.03.2011

V.M. PASKANY, YU.M. FATULA, L.L. VARGA, V.L. KOPACHIK, M.I. PEKAR

Uzghorod National University, Uzghorod

EXPERIENCE OF OPEN ALLOHERNIOPLASTY IN INGUINAL HERNIAS TREATMENT

The experience of treatment of 120 patients with inguinal hernias, whom 128 open-mesh hernioplasties performed was summarized. According to intraoperative classification of Gilbert-Rutkow patients with II, III, IV and VIII hernias types prevailed. The tension-free allohernioplasty was performed in all of the patients (of them – 72 with original Lichtenstein technique, 5 – with Prolene Hernia System (PHS) procedure and 51 – with clinic modification of Lichtenstein technique). Postoperative complications in 15 (11,7%) patients observed: wound haematoma (4,7%), seroma (5,5%), ischaemic orchitis (1,6%), testicular dropsy (0,8%). Long-term results in 75 (62,5%) patients studied: 10 (13,3%) had chronic groin pain and 4 (5,3%) – hernia recurrence.

Key words: inguinal hernias, allohernioplasty, postoperative complications, long-term results