

## ОРИГІНАЛЬНІ СТАТТІ

УДК: 617-089.844+616.089.844

**С.М. Василюк, О.В. Прудніков**  
**БЕЗПОСЕРЕДНІ І ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ГЕРНІОПЛАСТИКИ ЗА**  
**ЛІХТЕНШТЕЙН У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ***Івано-Франківський національний медичний університет***Василюк С.М., Прудніков О.В.** Безпосередні і віддалені результати герніопластики за ліхтенштейн у хворих похилого та старечого віку // Український медичний альманах. – 2013. – Том 16, № 4. – С. 3-5.

У роботі проаналізовані результати герніопластики за Ліхтенштейн у 103 хворих похилого та старечого віку на неускладнені пахові грижі. Оцінено ступінь вираженості больового синдрому після виконаного оперативного втручання у терміни до 3 діб, висвітлено частоту ускладнень у ранньому післяопераційному періоді. Через 12 місяців оглянуто 57 хворих. Встановлено, що найбільш важливими незадовільними результатами операції є парестезія в ділянці післяопераційної рани (3,50 %) та рецидив грижі (1,75 %). Герніопластика за Ліхтенштейн може бути методом вибору для лікування пахових гриж у осіб похилого та старечого віку.

**Ключові слова:** пахова грижа, похилий та старечий вік, герніопластика, ускладнення.**Василюк С.М., Прудніков А.В.** Непосредственные и отдаленные результаты герниопластики по лихтенштейн у больных пожилого и старческого возраста // Український медичний альманах. – 2013. – Том 16, № 4. – С. 3-5.

В работе проанализированы результаты герниопластики по Лихтенштейн у 103 больных пожилого и старческого возраста на неосложненные паховые грыжи. Оценена степень выраженности болевого синдрома после выполненного оперативного вмешательства в сроки до 3 суток, освещена частота осложнений в раннем послеоперационном периоде. Через 12 месяцев осмотрено 57 больных. Установлено, что наиболее важными неудовлетворительными результатами операции являются парестезии в области послеоперационной раны (3,50 %) и рецидив грыжи (1,75 %). Герниопластика за Лихтенштейн может быть методом выбора для лечения паховых грыж у лиц пожилого и старческого возраста.

**Ключевые слова:** паховая грыжа, пожилой и старческий возраст, герниопластика, осложнения.**Vasylyuk S., Prudnikov O.** Immediate and long-term results of lichtenstein hernioplasty in elderly and senile patients // Український медичний альманах. – 2013. – Том 16, № 4. – С. 3-5.

The paper analyzes the results hernioplasty by Lichtenstein in 103 elderly and senile age in uncomplicated inguinal hernia. Reviewed severity of pain after surgery performed in time to 3 days, covered the incidence of complications in the early postoperative period. After 12 months viewed 57 patients. Found that the most important unsatisfactory results of operations are paresthesia in the area of postoperative wound (3,50 %) and recurrent hernia (1,75 %). Hernioplasty by Lichtenstein could be the method of choice for the treatment of inguinal hernia in elderly and senile age.

**Key words:** inguinal hernia, elderly age, hernia repair, complications.

**Вступ.** Потенційним грижоносієм є кожен 3-5-й житель Землі. Операції з приводу пахової грижі за частотою посідають перше місце в структурі планових втручань і друге – серед інших хірургічних втручань після апендектомії [1]. Частота грижосічення в хірургічному стаціонарі складає 10-25 % всіх оперативних втручань [2].

Частота рецидивів, за даними різних авторів, в Україні та в країнах СНД складає від 10-14% при первинних герніопластиках, та 30-65% при повторних операціях з приводу рецидиву захворювання [3]. У кожного 8-10 хворого, який був прооперований з приводу неускладненої пахової грижі, виникає рецидив захворювання [4].

Особливо велика кількість рецидивів у хворих похилого та старечого віку, де тільки при первинних герніопластиках вони складають 15-20 %, а при операціях з приводу рецидивних пахових гриж – 35-46 % [5].

Серед 300, відомих на сьогодні, видів герніопластики немає жодного, який був би патогенетично обґрунтований і дозволяв би дос-

татньо ефективно уникати рецидивів пахової грижі у людей старшої вікової групи. В останні десятиліття, з появою методів пластики без натягу (tension free repair) з'явилась можливість проводити у пацієнтів похилого та старечого віку закриття грижових воріт без активного залучення м'язово-апоневротичних структур пахового каналу [6]. Найбільш поширеними серед цих методів є Ліхтенштейн. Однак, деякі автори вказують про недоцільність застосування цього способу у хворих похилого та старечого віку, через високу ймовірність ослаблення з часом сформованого аллотрансплантатом внутрішнього пахового кільця, рекомендуючи натомість пластику Ліхтенштейн II, або преперитонеальні види пластики, які є набагато складнішими, дорожчими і більш тривалими за часом виконання [7].

Однак, пластика Ліхтенштейн, яка добре зарекомендувала себе у хворих на пахові грижі, легко переноситься пацієнтами і не вимагає тривалої підготовки хірурга не може виключатись з арсеналу хірургічного лікування похилих і старечих хворих.

Виходячи з викладеного, метою нашої роботи було оцінити ефективність герніопластики за Ліхтенштейн у пацієнтів похилого та старечого віку з паховими грижами.

**Матеріали і методи.** У дослідження включено 103 хворих, чоловічої статі, віком від 61 до 89 років з неускладненими паховими грижами, у яких була проведена герніопластика за Ліхтенштейн. Загалом у пацієнтів було виконано 111 оперативних втручань, за рахунок 8 випадків двобічних гриж. Всім хворим було проведено обстеження яке включало, поряд з фізикальним оглядом оцінку лабораторних показників (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, коагулограма, рівень загального білка крові, креатиніну, сечовини, трансаміназ), електрокардіографію, спірометрію, оглядову рентгенографію органів грудної клітки в передній прямій проекції, ультрасонографічний моніторинг пахової ділянки в перед- і післяопераційному періоді. Звертали увагу на наявність супутньої патології. Виділяли захворювання, які можуть бути прямими чи опосередкованими сприяючими факторами грижотворення. Як правило, це була хронічна патологія, загострення якої могли також ускладнити перебіг раннього післяопераційного періоду і впливати на наслідки хірургічного лікування. До неї відносились захворювання серцево-судинної системи, дихальної системи, сечовидільної системи, травної системи та ін.

В якості клінічних критеріїв, які дозволяти оцінити якість лікування хворих були: в ранньому післяопераційному періоді: технічна складність операції (тривалість), безпека операції (ускладнення, ступінь післяопераційного болю), емоційний та фізичний комфорт хворого, тривалість стаціонарного лікування, а у віддаленому – надійність операцій (частота рецидивів, терміни реабілітації).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Загальна тривалість операцій у пацієнтів була  $54,44 \pm 1,55$  хвилини.

При суб'єктивній оцінці болю пацієнтами нами було встановлено, що хворі через 6 годин після закінчення оперативного втручання оцінювали біль в межах  $3,74 \pm 0,09$  бала. Під час оцінки больового синдрому через 48 годин пацієнти відмічали його інтенсивність у

$1,79 \pm 0,09$  балів. При аналізі середнього показника суб'єктивної оцінки болю за візуальною аналоговою шкалою відмічався показник у  $2,14 \pm 0,07$  балів. Подібні результати були отримані і при об'єктивній характеристиці ступеня болю. Через 6 годин післяопераційний біль у хворих оцінювали у  $1,66 \pm 0,05$  бали, а на третю післяопераційну добу була дуже низька кількість пацієнтів, які потребували введення знеболювальних середників, а ступінь післяопераційного болю у них оцінювали у  $0,31 \pm 0,05$  бал.

Вираженість і тривалість болю є дуже важливим чинником сприятливого перебігу післяопераційного періоду у хворих старшої вікової групи. Інтенсивний біль при недостатньому знеболенні призводив до ряду фізіологічних реакцій, що могли погіршити функціональну активність дихальної і серцево-судинної системи. На фоні хронічних захворювань це може призвести до декомпенсації, яка вимагатиме у подальшому тривалої терапевтичної корекції.

У прооперованих хворих післяопераційні ускладнення зустрічались у 12 (10,81 %) (табл. 1). Сероми були у 4 пацієнтів. У двох з них на 4 післяопераційну добу була проведена черезшкірна пункція сероми з евакуацією її вмісту, а у інших двох хворих вона мала невеликі розміри і зникла самостійно на 5 добу, що було підтверджено ультрасонографічно. Як правило, сероми перебігали безсимптомно, не спричиняли больючисті у ділянці післяопераційної рани. Часто основним і єдиним клінічним симптомом була субфебрильна гарячка, яка утримувалась впродовж кількох діб поспіль. Цю ознаку вважали показом до проведення ультрасонографії пахової ділянки. Сероми на ехограмах виявлялись як гіпоехогенні утвори в просвіті пахового каналу або в підшкірній основі діаметром більше ніж 5-6 мм.

Інфільтрат післяопераційної рани зустрічався у 1 (0,90 %) пацієнта і його вдалося усунути консервативними заходами. Парестезія була відмічена у 2 (1,80 %) пацієнтів. Це ускладнення найбільш тяжко ліквідувати. На момент виписки із стаціонару воно зберігалось у всіх хворих, причому всі вони в терміни через 12 місяців після виконання операції вказували на те, що парестезія шкіри в ділянці післяопераційної рани зберігалась і надалі.

**Таблиця 1.** Частота ранніх післяопераційних ускладнень у обстежених хворих (n-103) після герніопластики за Ліхтенштейн (n-111) (відсотки вказані від кількості операцій).

Ускладнення	Кількість
Серома	4 (3,60 %)
Інфільтрат післяопераційної рани	1 (0,90 %)
Парестезії в післяопераційній рані	2 (1,80 %)
Відчуття стороннього тіла	5 (4,50 %)
Всього	12 (10,81 %)

На відчуття стороннього тіла подавали скарги 5 (4,50 %) хворих. На нашу думку, воно пов'язане з фіксацією проленового імпланту у паховій ділянці при проведенні неналяжної герніопластики. Слід відмітити, що у всіх цих

пацієнтів були встановлені протези "бюджетного типу". При встановленні протезів "преміум класу" і "VIP протезів" цього ускладнення не відмічали.

При суб'єктивній оцінці пацієнтом свого

загального стану в першу післяопераційну добу за Едмонтонською системою оцінки симптомів, такий симптом як біль, хворими був оцінений у  $2,65 \pm 0,09$  балів, а показник втоми – у  $3,41 \pm 0,17$  балів. Тільки поодинокі хворі вказували на наявність нудоти. В переважній більшості випадків, нудота в першу післяопераційну добу була пов'язана із анестезіологічним забезпеченням та була опосередковано пов'язана із нижчою інтенсивністю післяопераційного болю. Пацієнтам практично не призначали наркотичних анальгетиків, одним із побічних ефектів яких є нудота і блювання. Сонливість, яка могла бути пов'язана з необхідністю введення наркотичних анальгетиків оцінювалась хворими у  $1,30 \pm 0,12$  бали. У хворих швидше відновлювався апетит. Цей показник складав у них  $4,98 \pm 0,19$  бали

Середній ліжкодень у обстежених хворих складав  $5,61 \pm 0,18$  доби. Пацієнти менше часу

знаходились у стаціонарі і швидше приступали до повсякденної праці. Термін реабілітації після виписки із стаціонару і повного відновлення фізичної активності становив у середньому  $16,82 \pm 0,21$  дні.

Після лікування і виписки із стаціонару нами було оглянуто 57 хворих, що склало 55,34 % від загальної кількості прооперованих хворих. Тільки у одного хворого (1,75 %) виник рецидив грижі.

Один пацієнт вказував на біль у ділянці післяопераційного рубця при фізичному навантаженні. Двоє хворих відмічали парестезію шкіри у ділянці післяопераційного рубця, причому призначення препаратів з невропротекторним ефектом не принесло бажаного результату. На відчуття стороннього тіла у місці прооперованої грижі вказував один пацієнт. В загальному частота пізніх післяопераційних ускладнень була 8,77 %.

**Таблиця 2.** Частота пізніх (в терміні 12 місяців) післяопераційних ускладнень у обстежених хворих (n-57).

Ускладнення	Кількість
Рецидив грижі	1 (1,75 %)
Біль при фізичному навантаженні	1 (1,75 %)
Парестезія і невралгія	2 (3,50 %)
Відчуття стороннього тіла	1 (1,75 %)
Всього	5 (8,77 %)

Тридцять сім хворих (64,91 %) вказували на добрий косметичний ефект після виконаної операції. Задоволені результатом операційного лікування залишились 87,72 % пацієнтів.

#### Висновки.

1. Перевагами герніопластики за Ліхтенштейн є менші терміни госпіталізації, більш швидка фізична реабілітація хворих, низька кількість ускладнень та рецидивів. Ці переваги забезпечуються тим, що при герніопластичі застосуванням проленових протезів усуваються негативні чинники, пов'язані із дистрофічними змінами м'язово-апоневротичних структур, які формують паховий канал.

2. За умови ретельного дотримання усіх ре-

комендацій лікаря, щодо термінів повної фізичної реабілітації у пацієнтів після герніопластики за Ліхтенштейн формується достатньо міцний рубець і знижується ризик рецидиву грижі. Однак, хворі оглянуті нами у віддаленому періоді практично завжди вказували, що до фізичних навантажень вони повертались після повного зникнення неприємних відчуттів у ділянці післяопераційної рани.

**Перспективи подальших наукових досліджень.** Необхідно зосередити увагу на розробці модифікацій операції за Ліхтенштейн, які б дозволили знизити частоту ранніх і пізніх післяопераційних ускладнень у хворих похилого та старечого віку.

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

1. **Власов В.В.** Передочеревинна алопластика паховинного каналу / В.В. Власенко, І.В. Бабій // Клінічна хірургія. – 2010. – №3. – С. 27 - 30.
2. **Ничитайло М.Е.** Современные аспекты эндоскопического лечения сложных и рецидивных паховых грыж / М.Е. Ничитайло, И.И. Булик // Клінічна хірургія. – 2010. – №3. – С. 10 - 16.
3. Пластика паховинних гриж за Ліхтенштейном / **В.В. Грубнік, М.Р. Баязітов, Р.С. Парфентьев, А.В. Пашенко** // Шпитальна хірургія. - 2004. - №3. - С. 27 - 30.
4. **Білянський Л.С.** Сучасні технології та методики пластики пахових та стегнових гриж / Л.С. Білянський, М.В. Манойло // Галицький лікарський вісник. - 2002. - Т.9, №3 - С. 25 - 27.
5. **Воровський О.О.** Результати трансабдомінальної преперітонеальної ендоскопічної герніопластики при лікуванні паховинних гриж у хворих похилого

- віку / О.О. Воровський // Український журнал хірургії. - 2009. – №4. - С. 30 - 33.
6. **Егіев В.Н.** Ненатяжная герниопластика / В.Н. Егіев // М.: - 2002. - С. 26 - 36.
7. Современные возможности комбинированной, компонентной, микрососудистой и аллопластической техники в лечении обширных дефектов брюшной стенки / **Л.С. Белянський, С.П. Галич, И.М. Тодуров, А.В. Резников** // Герниология. – 2008. - №3. - С. 12.

Надійшла 12.06.2013 р.  
Рецензент: проф. Ю.М.Вовк