УДК 616.34-007.43-031:611.957]-089.844:616.381-072.1-089.168

МОДИФІКОВАНИЙ СПОСІБ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ТРАНСАБДОМІНАЛЬНОЇ ПРЕПЕРИТОНЕАЛЬНОЇ АЛОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХВИННИХ ГРИЖАХ

Я. П. Фелештинський, А. В. Коханевич, В. Ф. Ватаманюк

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ

Вступ. Трансабдомінальна преперитонеальна алопластика (ТАРР) все ширше впроваджується в хірургічну практику при пахвинних грижах. Частота рецидивів пахвинних гриж після ТАРР залишається на рівні 5,3-10 %

Мета. Покращення результатів хірургічного лікування пахвинних гриж шляхом використанням модифікованого способу ТАРР.

Матеріали та методи. Проведено аналіз хірургічного лікування пахвинних гриж у162 хворих. У першій групі (81 хворий) виконувалась класична методика ТАРР, у другій групі (81хворий) — модифікована нами методика ТАРР, яка виконувалась з використанням сітчастого імплантату більшого розміру та фіксація його клеєм на рівні здухвинних судин та іліопубічного тракту.

Результати та висновки. Віддаленні результати показали, що модифікований спосіб ТАРР при пахвинних грижах у порівнянні з класичним способом сприяє зменшенню частоти хронічного післяопераційного болю до 2,66 % проти 8 % та післяопераційних рецидивів до 1,4 % проти 6,9 %.

Ключові слова: пахвинна грижа, рецидиви, модифікована ТАРР, класична ТАРР, сітчастий імплантат.

Вступ. За останні роки трансабдомінальна преперитонеальна алопластика (ТАРР) все ширше впроваджується в хірургічну практику при пахвинних грижах в зв’язку з малотравматичністю, коротким терміном перебування хворих в стаціонарі та більш швидкою післяопераційною реабілітацією у порівнянні з відкритими хірургічними втручаннями [1; 2; 4; 5]. В той же час, частота рецидивів пахвинних гриж після ТАРР залишається на рівні 5,3-10 % [1; 4; 7]. Основними причинами рецидиву пахвинних гриж після ТАРР вважають недостатнє перекриття сітчастим імплантатом медіальної та латеральної пахвинних ямок в зв’язку з малим розміром сітчастого імплантату та відсутність фіксації його на рівні здухвинних судин [2; 4; 5; 6; 7].

На наш погляд, удосконалення ТАРР шляхом використання сітчастого імплантату більшого розміру та фіксації його на рівні зду-

хвинних судин підвищить ефективність цієї операції та сприятиме зниженню частоти рецидивів.

Мета: покращення результатів хірургічного лікування пахвинних гриж шляхом використанням модифікованого способу ТАРР.

Матеріали і методи. В нашій клініці за період з 2011 по 2017 рр. було проведено хірургічне лікування пахвинних гриж з використанням ТАРР у 162 хворих віком від 25 до 75 років. Всі хворі чоловічої статі. Коса пахвинна грижа спостерігалась у 92 (56,7 %) хворих; пряма –у 52 (32,1 %); двобічні пахвинні грижі діагностовано у 14 (8,64 %) хворих. В залежності від методики ТАРР хворі були розділені на дві групи. У першій групі (81 хворий) виконувалась класична методика ТАРР. В другій групі (81 хворий) — модифікована нами ТАРР (патент на корисну модель № 113997 від 27.02.2017р.) [3]. Групи хворих були порівняними за віком та локалізацією пахвинної грижі. Традиційна ТАРР передбачала виділення грижового мішка та мобілізацію преперитонеального простору на рівні зв'язки Купера та здухвинних судин, а також розміщення сітчастого поліпропіленового імплантату розмірами 8х12см на рівні цих анатомічних структур. Фіксація сітки виконувалась лише по її верхньомедіальному краю з використанням герніостеплера «SECURESTRAP». Модифікований нами спосіб ТАРР, який виконувався у хворих другої групи, відрізнявся від класичного тим, що мобілізація парієтальної очеревини виконувалась на 3-4см нижче зв'язки Купера та на 3-4см нижче латеральної та медіальної пахвинних ямок. Поліпропіленовий сітчастий імплантат розмірами 12х15см розміщували на 3-4см нижче зв'язки Купера та пахвинних ямок. Фіксація сітки була комбінованою, а саме, механічна фіксація герніостеплером «SECURESTRAP» виконувалась до м'язів, апоневрозу та зв'язки Купера по верхньомедіальному краю, а в нижньолатеральному краю на рівні здухвинних судин та іліопубічного тракту сітчастий імплантат фіксували за допомогою клею «Сульфакрилат». Операцію завершували закриттям дефекту парієтальної очеревини та дренуванням черевної порожнини поліхлорвініловим дренажем. У післяопераційному періоді з метою знеболення призначали кетарол 1,0 г 2 рази на добу, дренаж видаляли на другу добу після операції.

Результати дослідження. В ранньому післяопераційному періоді у 6 (7,31 %) хворих першої групи спостерігався виражений післяопераційний біль, що на наш погляд було зумовлено фіксацією сітчастого імплантату герніостеплером на ділянці іліопубічного тракту та мало місце пошкодження гілок статево-стегнового нерву. Серед хворих другої групи виражений післяопераційний біль спостерігався у 1 (1,21 %) хворого. У хворих першої групи серома передочеревинного простору пахвинної ділянки була діагностована під час ультразвукового дослідження у 5 (6,17 %), у другій групі — у 4 (4,93 %) випад-

ках. Гематома калитки у першій групі спостерігалася у 2 (2,46 %), а у другій групі — у 3 (3,70 %) хворих. Серома передочеревинного простору у хворих першої та другої груп із середнім об'ємом рідини 20,0±4,5 мл була ліквідована шляхом призначення нестероїдних протизапальних препаратів (диклофенак, німесил) протягом 7,0±1,1 дня. Для лікування гематоми калитки, яка спостерігалася лише у хворих із пахвинно-калитковими грижами, використовували місцеві препарати (ліотон-гель, долобене-гель), що сприяло її ліквідації протягом 10,0±2,3 дня. Термін перебування у стаціонарі після операції у хворих першої групи становив 1,8±0,6 дня, а другої групи — 1,8±0,5 дня.

Щодо віддалених результатів лікування, то вони були вивчені у термін від 1 до 5 років у 75 хворих першої групи, яким виконувалася класична ТАРР, та у 75 хворих другої групи після виконання модифікованої нами ТАРР. Віддалені результати вивчали шляхом анкетування (за спеціально розробленою анкетою), повторних оглядів і виконання ультразвукового дослідження передньої черевної стінки та черевної порожнини. Із 75 обстежених хворих першої групи хронічний післяопераційний пахвинний біль спостерігався у 6 (8,01 %), із 75 обстеженого хворого другої групи — у 2 (2,66 %). Ці ускладнення були ліквідовані шляхом виконання блокад з гідрокортизоном у ділянках больових точок і призначення нестероїдних протизапальних препаратів (диклофенак, німесил). У 5 (6,66 %) хворих першої групи із 75 обстежених через 1–3 міс. після операції було виявлено рецидив пахвинної грижі, що підтверджувалось ультразвуковим дослідженням. Серед 75 обстеженого хворого другої групи після виконання удосконаленої нами ТАРР рецидив пахвинної грижі виявлено у 1 (1,33 %) хворого.

Як видно, у хворих другої групи досягнуто значного покращення результатів лікування у порівнянні з першою групою. Такий результат досягнуто завдяки більш надійному укріпленню дефекту пахвинної ділянки шляхом широкої мобілізації преперитонеального простору та більш широкого перекриття сітчастим імплантатом медіальної та латеральної пахвинної ямок. Використання ширшого на 4 см та довшого на 3 см сітчастого імплантата дозволило оптимально перекрити нижній край пахвинного дефекту на рівні клубових судин, що є слабким місцем щодо виникнення повторного грижового дефекту. Крім цього, фіксація нижнього краю сітчастого імплантата клеєм «Сульфакрилат» на рівні клубових судин запобігає його зморщуванню та міграцію. Усе це забезпечує оптимізацію закриття дефекту пахвинної ділянки та ліквідує потенційно слабке місце для рецидивування пахвинної грижі.

Висновок. Модифікований спосіб трансабдомінальної преперитонеальної алогерніопластики при пахвинних грижах, за рахунок більш широкого перекриття медіальної та латеральної пахвинних

ямок сітчастим імплантатом та фіксації його клеєм на рівні здухвинних судин та іліопубічного тракту, у порівнянні з класичним способом, сприяє зменшенню частоти хронічного післяопераційного болю до 2,66 % проти 8 % та післяопераційних рецидивів до 1,4 % проти 6,9 %.

ЛІТЕРАТУРА

1. Грубнік В. В. Лапароскопічна герніопластика як метод вибору хірургічного лікування рецидивних пахвинних гриж / В. В. Грубнік, З. Д. Бугрідзе, К. О. Воротинцева // Львівський медичний часопис. — 2009. — № 3. — С. 39–42.
2. Ничитайло М. Е. Современные аспекты эндовидео хирургического лечения сложных и рецидивных паховых грыж / М. Е. Ничитайло, И. И. Булик // Клінічна хірургія. — 2010. –№ 3. — С. 10–16.
3. Патент на корисну модель № 113997, Бюл.№ 4, 27.02.2017.
4. Фелештинський Я. П. Оцінка ефективності різних способів алопластики при пахвинних грижах / Я. П. Фелештинський, С. А. Свиридовський // Хірургія України. — 2011. — № 3. — С. 111–113.
5. Incidence of contralateral occultinguinal hernia found at the time of laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP) repair / K. J. Griffin, S. Harris, T. Y. Tang [et al.] // Hernia. — 2010. — Vol. 14. — P. 345–349.
6. Transabdominal preperitoneal hernioplasty with microlaparoscopy and mesh fixation with biological glue / A. Nocceti, E. L. Ratto, O. Perata [et al.] // Hernia. — 2011. — Vol. 15. — O. 044.
7. Value of glue fixation on long term Quality of Life (QOL) in Laparoscopic Inguinal Hernia Repair LIHR) / J. F. Bradley, K. B. Williams, B. A. Wormer [et al.] // Hernia. — 2013. — Vol. 17. — P. 118.

Модифицированный способ лапароскопической трансабдоминальной преперитонеальной аллопластики при паховых грыжах

Я. П. Фелештинский, А. В. Коханевич, В. Ф. Ватаманюк

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика, г. Киев

Вступление. Трансабдоминальная преперитонеальна аллопластика (TAPP) все шире внедряется в хирургическую практику при паховых грыжах. Частота рецидивов паховых грыжа после TAPP остается на уровне 5,3-10 %

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения паховых грыж путем использованием модифицированного способа TAPP.

Материалы и методы. Проведен анализ хирургического лечения 162 больных с паховыми грыжами. В первой группе (81 больной) выполнялась классическая методика TAPP, во второй группе (81 больной) — модифицированная нами методика TAPP, которая выполнялась с использованием сетчатого имплантата большего размера (10х15см) и его фиксация на уровне подвздошных сосудов и илиопубического тракта клеем.

Результаты и выводы. Отдаленные результаты показали, что модифицированный способ TAPP при паховых грыжах по сравнению с классическим способом способствует уменьшению частоты хронического послеоперационной боли до 2,66 % против 8 % и послеоперационных рецидивов до 1,4 % против 6,9 %.

Ключевые слова: паховые грыжи, рецидивы, модифицированная TAPP, классическая TAPP, сетчатый имплантат.

Modified method of laparoscopic transabdominal preperitoneal alloplasty in case of inguinal hernias

Y. P. Feleshtynskyi, A. V. Kokhanevych, V. F. Vatamaniuk

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv

Introduction. Trans-abdominal pre-peritoneal (TAPP) alloplasty is increasingly introduced into surgical practice for inguinal hernias. The recurrence rate of inguinal hernia after TAPP remains at 5.3-10 %.

Aim. To improve results of surgical treatment of inguinal hernia by using a modified method of TAPP.

Materials and methods. The surgical outcomes for 162 patients with inguinal hernia were analyzed. The first group (81 patients) was treated by the classical TAPP method, the second group (81 patients) was treated by our modified method of TAPP, which implies using the mesh implant of larger size, and its fixation by glue at the level of the iliac vessels and illiopubic tract.

Results and conclusions. The long-term results have shown that modified method of TAPP in case of inguinal hernias if compared to the classical one reduces the frequency of chronic postoperative pain to 2.66 % vs. 8 % and the incidence of postoperative recurrences to 1.4 % vs. 6.9 %.

Key words: inguinal hernia, recurrence, modified TAPP, TAPP classic, mesh implant.

Відомості про авторів:

Фелештинський Ярослав Петрович — доктор медичних наук, професор, завідуючий кафедри хірургії та проктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Коханевич Алла Василівна — аспірант кафедри хірургії та проктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Ватаманюк Володимир Федорович — асистент кафедри хірургії та проктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.