

ТРАНСАБДОМІНАЛЬНА ПРЕПЕРИТОНЕАЛЬНА АЛОПЛАСТИКА ПРИ РЕЦИДИВНИХ ПАХВИННИХ ГРИЖАХ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ ЛІХТЕНШТЕЙНА

Фелештинський Я.П., Штаер А.А.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, кафедра хірургії та проктології,
Київська міська клінічна лікарня № 5, Київ, Україна,
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8794-456X>,
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9442-268X>,
e-mail: surgeryproctology@ukr.net

Резюме. Частота рецидивів після пластики пахвинної грижі за Ліхтенштейном залишається досить високою, 5-15%. Для лікування рецидивних пахвинних гриж часто використовують операцію Ліхтенштейна, після якої кількість ре-рецидивів становить до 20%. Виконання лапароскопічної трансабдомінальної преперитонеальної алопластики було б більш доцільним, оскільки фіксація сітчастого імплантату буде виконуватись з боку черевної порожнини до рубцевої не змінених м'язів пахвинної ділянки.

Мета роботи. Покращення результатів лікування рецидивних пахвинних гриж із використанням ТАРР.

Матеріали і методи: 85 хворих з рецидивними пахвинними грижами, після операції Ліхтенштейна. Перша група (основна), 43 пацієнти, які були прооперовані за удосконаленою нами методикою ТАРР, друга група (порівняння), 42 пацієнти, раніше оперовані способом Ліхтенштейна. Удосконалена ТАРР виконувалась під загальним наркозом, при якій використовувалась більш ширша мобілізація по верхньому краю парієтальної очеревини на 3-4 см, розміщували ширшу сітку на 3-4 см (15X15 см). У групі порівняння пацієнти прооперовані за методикою Ліхтенштейна.

Результати дослідження та їх обговорення. При виконанні ТАРР у 5 (11,6%) сероми, нагноєння сером 0%. У 2 (4,5%) пацієнтів відмічали хронічний біль упродовж 6 місяців, у 1 хворого (2,3%), через 6 місяців був повторний рецидив. У другій групі у 8 хворих (19,04%) відмічались підшкірні гематоми, сероми у 7 (16,6%), у 2 (4,7%) нагноєння післяопераційної рани. Хронічний біль 9 (21,4%) пацієнтів, у 3 (7,1%) був рецидив.

Висновок. Використання ТАРР сприяє покращенню результатів лікування рецидивних пахвинних гриж, відзначається відсутність нагноєння рани, менша кількість пацієнтів із хронічним болем, кількість ре-рецидивів при ТАРР 2,3%, при пластичі Ліхтенштейна 7,1%.

Ключові слова: рецидивна пахвинна грижа, хірургічне лікування, трансабдомінальна преперитонеальна алопластика, ТАРР.

Вступ. Операція з приводу пахвинної грижі є однією з найчастіших планових в загальнохірургічній практиці. За останні десятиліття для хірургічного лікування пахвинної грижі використовується найбільш доступна беззатяжна алопластика за Ліхтенштейном [3, 6]. При достатньому досвіді хірурга, пластика за Ліхтенштейном має певну доступність і простоту у виконанні. Водночас, незважаючи на це, частота рецидивів пахвинної грижі залишається досить високою, 5-15% [2, 7]. Для лікування рецидивних пахвинних гриж дуже часто використовують повторну операцію Ліхтенштейна, але вона супроводжується великою частотою ускладнень і повторних рецидивів до 20% [1, 4, 6]. Це пов'язано з тим, що для пластики використовують рубцево змінені, часто атрофовані тканини пахвинної ділянки, які мало придатні для надійної фіксації сітчастого імплантату, що в свою чергу призводить до прогресування атрофії і виникнення повторних рецидивів грижі.

Обґрунтування дослідження. Деякими герніологами запропоновані алгоритми дій при певних видах рецидивів гриж, враховуючи методику попередньої герніопластики, розміри грижі, загальний стан пацієнта [5], але все ж таки ранні післяопераційні ускладнення, повільна реабілітація пацієнтів, і особливо висока частота повторних рецидивів з 9% до 20% [4, 5], не задовольняють оперуючих хірургів результатами. Лапароскопічна трансабдомінальна преперитонеальна алопластика (ТАРР) все ширше впроваджується в практику хірургічного лікування первинної пахвинної грижі і має багато переваг над відкритою операцією Ліхтенштейна, але, незважаючи на це, вона ще не так часто використовується для лікування рецидивної пахвинної грижі. Водночас виконання ТАРР при рецидивних пахвинних грижах було б більш доцільним, оскільки фіксація сітчастого імплантату буде виконуватись з боку черевної порожнини до рубцевої не змінених м'язів пахвинної ділянки.

Мета роботи. Покращення результатів хірургічного лікування рецидивних пахвинних гриж з використанням ТАРР.

Матеріали і методи. У клініці кафедри хірургії і проктології, що на базі КМКЛ № 5, проведено аналіз хірургічного лікування 85 хворих з рецидивними пахвинними грижами, які виникли після операції Ліхтенштейна. Вік пацієнтів від 24 до 76 років (середній вік пацієнтів 53,4 ± 1,2 р), рецидиви грижі виникли від 2 міс до 3 років, найбільша кількість рецидивів була через 6 місяців після попередньої операції. Згідно з класифікацією Campanelli G. [5] пацієнти були розділені відповідно: R1 висока, латеральна грижа з невеликим гризовим дефектом, 29 (34,1%), R2 низька, медіальна грижа, з невеликим дефектом, 45 (52,9%), R3 інші грижі, з великим дефектом 11 (12,94%). Рецидиви грижі після первинної операції: у 12 (14,1%) пацієнтів рецидив виник через 2 місяці, у 20 (23,5%) через 6 місяців, у 37 (43,5%) через 1 рік, у 16 (18,8%) через 2 роки. При вивченні анамнезу, що стосується фізичного навантаження, ніхто з пацієнтів не відмічав надмірного фізичного навантаження у післяопераційному періоді. Супутні захворювання було діагностовано у 38 (44,7 %) пацієнтів відмічалась ХІХС, в стадії компенсації у 26 (30,1%), ожиріння 2 ступеня у 5 (5,8%), цукровий діабет 2 тип, в стадії компенсації 7 (8,2%). 4 (4,7%) пацієнта відмічали нагноєння післяопераційних ран, після первинної герніопластики. Залежно від способу виконання операції пацієнти були розділені на дві групи. Першу групу (основну) склали 43 пацієнти, які були прооперовані за удосконаленою нами методикою ТАРР, за період 2015-2018 роки. Другу групу (порівняння) склали пацієнти, які раніше були прооперовані за способом Ліхтенштейна, за попередні 2013-2015 роки. Усі хворі до операції були дообстежені в достатньому об'ємі, при наявності супутньої патології додатково консультовані суміжними спеціалістами. Усім пацієнтам виконувалось УЗД пахвинної ділянки, для визначення розмірів гризових воріт. Антибіотикопрофілактику проводили під час операції шляхом внутрішньовенного введення цефтріаксону 2,0.

Удосконалена ТАРР виконувалась під ендотрахеальним наркозом. Накладання карбоксипневмоперитонеуму 12 мм. рт. ст. виконувалось за допомогою голки Вереша, потім встановлювали 3 троакари, 10 мм в параумбілікальній ділянці, два по 5 мм справа і зліва від прямого м'язу живота, на одній лінії. Проводилась діагностична лапароскопія черевної порожнини, оглядалися пахвинні ямки на предмет грижового дефекту, виконувалось розрізання очеревини дугоподібним розрізом над грижовим дефектом, мобілізація нижнього клаптя парієтальної очеревини до зв'язки Купера і здухвинних судин, виділення грижового мішка. Відмінністю удосконаленого нами ТАРР була більш ширша мобілізація по верхньому краю парієтальної очеревини на 3-4 см. Виконувався гемостаз. Для пластики використовували ширшу сітку на 3-4 см (розміри 15X15 см). Після мобілізації перитонеального простору встановлювався сітчастий імплантат з перекриванням пахвинних ямок, який фіксувався герніостеплером Protas, за стандартною методикою до зв'язки Купера і поперечного та внутрішнього косоного м'язів живота. Середня тривалість операції складала 70 ± 8 хвилин. Конверсій не було, пацієнти не переводились в відділення реанімації.

У групі порівняння пацієнти були прооперовані за класичною методикою Ліхтенштейна [7, 8]. Операція виконувалась під спінальною анестезією. За стандартною методикою виконувалось виділення грижового мішка, висічення рубцевих тканин, а при міграції або зморщуванні старої сітки, остання видалалась. Безнапругним методом встановлювався стандартний сітчастий імплантат з фіксацією монофіламентною нерозсмоктуючою ниткою до пахвинної зв'язки та апоневрозу зовнішнього косоного м'язу живота. Середня тривалість операції становила 82 ± 12 хвилин, ніхто з пацієнтів не переводився в реанімаційне відділення.

Критеріями відбору були всі пацієнти з рецидивними пахвинними грижами після операцій за Ліхтенштейном. Критерії виключення: пацієнти з рецидивними пахвинними грижами після інших методик первинної герніопластики (Жирара, Постемського, Басіні, після лапароскопічних методик).

Пацієнти спостерігались в ранньому післяопераційному періоді, проводився клінічний огляд, анкетування через 6 міс, 1 рік.

Результати дослідження. При лапароскопічній трансабдомінальній перитонеальній алогерніопластичі середня тривалість операції становила 70 ± 8 хвилин. Під час операцій ускладнень, які потребували конверсій, не було, хворі не переводились в реанімаційне відділення для раннього післяопераційного лікування. Всі пацієнти оглядалися в динаміці. Відмічалась рання мобілізація, з першої доби хворі починали вставати з ліжка, ходити. Ніхто не потребував тривалого знеболення наркотичними засобами. У зв'язку з затримкою сечі 2 пацієнтам (4,6%) довелося встановити сечовий катетер. Серед пацієнтів 1 групи у 5 (11,6%) відмічалась поява сероми на стороні хірургічного втручання, в зв'язку з чим додатково призначалась протизапальна терапія, продовжувався курс лікування антибіотиками. Усім хворим в динаміці виконувався УЗД контроль. 3 сероми вдалося ліквідувати консервативними методами, 2 довелося пунктувати. Нагноєння сером не відмічалось. Середня тривалість перебування хворих у стаціонарі становила 3 ± 1 добу. У 2 (4,5%) пацієнтів відмічали хронічний післяопераційний біль уповодж 6 місяців, який лікувався консервативними методами. У 1 хворого (2,3%) після використання ТАРР, через 6 місяців, був повторний рецидив грижі, який він пов'язував з надмірним фізичним навантаженням.

У другій групі пацієнтів при відкритій герніопластичі за Ліхтенштейном середня тривалість операції становила 82 ± 12 хвилин. Пацієнти цієї групи також не переводились в реанімаційне відділення для раннього післяопераційного лікування. 8 (19,04%) хворих потребували більш тривалого застосування наркотичних знеболюючих. У 8 хворих (19,04%) відмічалися підшкірні гематоми, які лікувалися

консервативно, сероми відмічались у 7 (16,6%), серед яких у 3 (7,1%) пацієнтів довелося пунктувати сероми, у 2 (4,7%) відмічалось нагноєння післяопераційної рани, що потребувало більш тривалого призначення антибіотиків, перев'язки з антисептиками. Отже, загалом у 9 (21,4%) хворих відмічалось ускладнення з боку післяопераційної рани. Нетривалий набряк калитки спостерігався у 7 (16,6%) пацієнтів. Середня тривалість перебування пацієнтів в стаціонарі становила $4 \pm 1,2$ доби. Хронічний післяопераційний біль відмічався у 9 (21,4%) пацієнтів, який лікувався консервативними методами, проводилась фізіотерапія, виконувались блокади. У 3 (7,1%) хворих в строках від 6 до 12 місяців був повторний рецидив пахвинної грижі.

Обговорення результатів дослідження. Враховуючи наведені нами вище дані, відмічаємо перевагу в використанні ТАРР при рецидивних пахвинних грижах, відносно пластики Ліхтенштейна. А саме: зменшення кількості ранніх післяопераційних ускладнень, зокрема з боку післяопераційної рани з 21,4% до 11,6%, відсутність нагноєння рани, менший ліжко-день, більш раннє повернення пацієнтів до нормальної фізичної активності. Менша кількість пацієнтів із хронічним післяопераційним болем, 9,3% при використанні ТАРР і 21,4% при використанні пластики Ліхтенштейна. Зменшення кількості повторних рецидивів з 7,1% до 2,3%.

Висновки. Застосування удосконаленої ТАРР при рецидивних пахвинних грижах є більш ефективною у порівнянні з герніопластикою за Ліхтенштейном, що підтверджується кращим перебігом як раннього, так і віддаленого післяопераційного періодів, зокрема зменшенням загальної частоти післяопераційних ускладнень, з боку післяопераційної рани з 21,4% до 11,6% при відкритій методичі, відсутністю нагноєння рани 0%, в порівнянні з відкритою 4,7%. Середня тривалість перебування в стаціонарі зменшилась з $4 \pm 1,2$ дб до 3 ± 1 доби, зменшення кількості пацієнтів з хронічним болем з 21,4% до 9,3%, кількість повторних рецидивів при ТАРР становила 2,3%, (1 пацієнт), при пластичі Ліхтенштейн 7,1%.

References:

1. Feleshtynskiy Ya.P., Chynba O.V., Filip M.S. Osoblyvosti khirurhichnoho likuvannya hryzh z vyrazhenymy rubtsevo-atrofichnymy zminamy u pakhvynnii diliansii ta zruinovanoiu pakhovoiou zv'iazkoio. *Khirurgiia Ukrainy*. 2006; 4: 83 - 88.
2. Abrahamson J. Factors and mechanisms leading to recurrence // *Prob Gen Surg*. 1995; 12: 59 - 67.
3. Bhangu A., Singh P., Pinkney T., Blazeby J. A detailed analysis of outcome reporting from randomised controlled trials and meta-analyses of inguinal hernia repair. *Hernia*. 2014; 19: 65 - 75.
4. Bisgaard T., Bay-Nielsen M., Kehlet H. Re-recurrence after operation for recurrent inguinal hernia. A nationwide 8-year follow-up study on the role of type of repair. *Ann Surg*. 2008; 247(4): 707 -711.
5. Campanelli G., Pettinari D., Nicolosi F.M., Cavalli M., Avesani E.C. Inguinalherniarecurrence: classificationandapproach. *Hernia*. 2006; Apr 10(2): 159 -161.
6. EHS guidelinesonthetreatmentofinguinalherniainadultpatients. *Hernia*. 2009; 13(4): 343 - 403.
7. Eklund A., Rudberg C., Leijonmarck C.E., Rasmussen I., Spangen L., Wickbom G. et al. Recurrent inguinal hernia: randomized multicenter trial comparing laparoscopic and Lichtenstein repair // *Surg Endosc*. 2007; 21: 634 - 640.
8. Lee S., Jung H., Park B., Son G., Cho Y.H. Surgical Aspects of Recurrent Inguinal Hernia in Adults . *Am Surg*. 2016; 82(11): 1063 - 1067.

УДК 616.34 – 007. 43 – 031: 611. 957] – 089.168.7 – 089.844

ТРАНСАБДОМИНАЛЬНАЯ ПРЕПЕРИТОНЕАЛЬНАЯ ПЛАСТИКА ПРИ РЕЦИДИВНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Фелештинский Я.П., Штаер А. А.

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л Шупика, Киевская городская клиническая больница № 5, Киев, Украина, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8794-456X>, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9442-268X>, e-mail: surgeryproctology@ukr.net

Резюме. Частота рецидивов после пластики паховой грыжи по Лихтенштейну остается достаточно высокой 5-15%. Для лечения рецидивных паховых грыж часто используют операцию Лихтенштейна, после которой количество ре-рецидивов составляет до 20%. Выполнение лапароскопической трансабдоминальной преперитонеальной алопластики было бы более оправданным, поскольку фиксация сетчатого имплантата будет выполняться со стороны брюшной полости к рубцово не измененным мышцам паховой области.

Цель работы: улучшение результатов лечения рецидивных паховых грыж при использовании TAPP.

Материалы и методы: 85 больных с рецидивными паховыми грыжами, после операции Лихтенштейна. Первая группа (основная), 43 пациента, которые были прооперированы по усовершенствованной нами методике TAPP, вторая группа (сравнения), 42 пациента, ранее оперированные способом Лихтенштейна. Усовершенствованная TAPP выполнялась под общим обезболиванием, при которой выполнялась более широкая мобилизация по верхнему краю париетальной брюшины на 3-4 см, размещали более широкую сетку 15 на 15 см. В группе сравнения пациенты оперированы способом Лихтенштейна.

Результаты и их обсуждение. При выполнении TAPP у 5 пациентов (11,6%) нагноение сером 0%. У 2 (4,5%) пациентов отмечалась хроническая боль на протяжении 6 месяцев, у 1 больного (2,3%) через 6 месяцев был повторный рецидив. Во второй группе у 8 больных (19,04%) отмечались подкожные гематомы, серомы у 7 (16,6%), у 2 (4,7) нагноение послеоперационной раны. Хроническая боль у 9 (21,4%) пациентов, у 3 (7,1%) был ре-рецидив.

Выводы. Использование TAPP способствует улучшению результатов лечения рецидивных паховых грыж, отсутствию нагноения раны, уменьшению количества пациентов с хронической болью и уменьшению ре-рецидивов до 2,3% при TAPP.

Ключевые слова: рецидивная паховая грыжа, хирургическое лечение, трансабдоминальная преперитонеальная алопластика, TAPP.

UDC 616.34 – 007. 43 – 031: 611. 957] – 089.168.7 – 089.844

TRANSABDOMINAL PREPERITONEAL PLASTIC WITH RECURRENT INGUINAL HERNIA

Ya.P. Feleshtynskiy, A.A. Shtair

P.L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8794-456X>, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9442-268X>, e-mail: surgeryproctology@ukr.net, Kyiv City Clinic Hospital № 5

Abstract. Background. The relapse rate after the plastic of the inguinal hernia of Liechtenstein remains rather high, 5-15%. For the treatment of recurrent inguinal hernia, a repeated Liechtenstein operation is often used, after which the number of recurrent relapses is before 20%. The implementation of the laparoscopic transabdominal preperitoneal alloplasty (TAPP) would be more appropriate as the fixation of the mesh implant would be performed from the abdominal cavity to the scarring of the unchanged muscles of the inguinal site.

Purpose of the study: to improve the results of surgical treatment of recurrent inguinal hernias using TARR.

Materials and methods: 85 patients with recurrent inguinal hernias, which arose after the operation of Liechtenstein. The first group (main), 43 patients who were operated according to the advanced TAPP technique, the second group (comparison), 42 patients operated by the Liechtenstein method. Improved TAPP was performed under general anesthesia, in which wider mobilization on the upper edge of the parietal peritoneum was used for 3-4 cm, placed a wider rate implant 3-4 cm (15X15 cm). In the comparison group, patients were operated using the classical technique of Liechtenstein. Patients were observed in the early postoperative period, 6 months, 1 year.

Results and discussion. When TAPP is performed in recurrent inguinal hernias, 5 (11.6%) serum on the side of surgical intervention, 0% suppuration of wound. In 2 (4.5%) patients, chronic pain was observed for 6 months, in 1 patient (2.3%), after 6 months there was a recurrence. In the second group, 8 patients (19.04%) had subcutaneous hematomas, serum in 7 (16.6%), and 2 (4.7%) suppurative postoperative wounds. Chronic pain 9 (21.4%) patients, in 3 (7.1%) was a recurrence.

Conclusion. The use of advanced TAPP improves the results of treatment for recurrent inguinal hernias, the reduction of the overall postoperative frequency is complicated, the absence of suppuration of the wound, the smaller the number of patients with chronic pain, the number of relapses with TAPP 2,3%, in the plasticity

Keywords: recurrent inguinal hernia, surgical treatment, transabdominal preperitoneal plastic, TAPP.

Стаття надійшла в редакцію 13.07.2018 р.