

УДК 616.381 – 007.43 – 089:616.381 – 072.1

Грубнік В.В., Черномаз Р.В., Воротинцева К.О.

Лікування рецидивних паховинних гриж за допомогою нових методів герніопластики

Кафедра хірургії №1, Одеський національний медичний університет

Резюме. Проведено лікування 94 пацієнтів з рецидивними паховими грижами. Хворі були прооперовані за допомогою лапароскопічних методів герніопластики (1 ша група), і проведено операцію за методом Ліхтенштейна (2-га група). Виявлено, що в технічному плані лапароскопічна пластика менш складна і травматична, ніж відкрита операція.

Ключові слова: рецидивні пахові грижі, лапароскопічна герніопластика, сітчасті імпланти.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Упродовж останніх 150 років актуальним питанням абдомінальної хірургії є лікування пахових гриж. Частота рецидивів пахових гриж при виконанні операції Ліхтенштейна з використанням різноманітних сіток складає від 5–9% [2, 3]. Кількість рецидивів після операцій з приводу рецидивних пахових гриж складає від 8 до 34% [4, 5]. Відомо, що лапароскопічні операції з приводу рецидивних пахових гриж асоціюються з гарною ефективністю, не дивлячись на серйозні технічні труднощі під час їх виконання [5].

Мета дослідження порівняти ефективність різних методів операцій при лікуванні рецидивних пахових гриж.

Матеріал і методи дослідження

У період з вересня 2007 року по грудень 2011 року на базі Одеської обласної клінічної лікарні було проведено порівняльне рандомізоване дослідження, яке включило 94 пацієнти з рецидивними паховими грижами. Статистично суттєво, усі 94 пацієнта не відвізнялися один від одного. Первинно усі пацієнти були прооперовані за методом Ліхтенштейна із використанням поліпропіленової сітки. Важливим є той факт, що тільки 8 хворих (8.5%) раніше були прооперовані в нашій клініці, інші 28 пацієнтів (29.7%) були прооперовані в міських лікарнях та 58 пацієнтів (61.7%) в центральних районних лікарнях. Основними причинами рецидивів було нагноєння післяопераційної рани (17 пацієнтів, 18.08%), використання сіток недостатньо великих розмірів (35 пацієнтів, 37.2%) та порушення виконання операції Ліхтенштейна (42 пацієнти, 44.6%).

Для підтвердження наявності рецидиву пахової грижі в обов'язковому порядку усім пацієнтам проводили УЗД зони пахового каналу, КТ в 14 пацієнтів та у 3, МРТ малого тазу.

Усі 94 пацієнта були розділені на дві групи: перша група пацієнтів була прооперована за допомогою лапароскопічних методів герніопластики, а другій групі пацієнтів виконували операцію Ліхтенштейна.

У групі I, 48 пацієнтам виконувалась лапароскопічна трансабдомінальна преперітонеальна пластика TAPP за стандартною методикою з використанням трьох троакарів. Після розсічення парієтальної очеревини та виділення грижового дефекту виконували пластику внутрішнього кільця грижового дефекту за допомогою двох типів сітчастих трансплантатів. У 33 пацієнтів використовували звичайні поліпропіленові сітки розміром 10x12 см, які фіксували з використанням 3-5 такерів. У 15 пацієнтів використовували нові поліпропіленові сітки з нігіноловим каркасом, які не потребували фіксації завдяки своїй формі та нігінолового каркасу. Після встановлення сіток, відновлювали цілісність парієтальної очеревини за допомогою зшивання її листків неприривно вікриловою ниткою з інтракорпоральним зав'язуванням вузлів.

У групі II, 46 пацієнтів, виконували повторну герніопластику за модифікованою методикою Ліхтенштейна, при цьому сітчастий ім-

плантат встановлений при першій операції в деяких випадках вирізався, а у тих випадках коли виділення трансплантату було технічно складним або неможливим, встановлювали новий трансплантат, поверх першого. Для цього використовували достатньо великі сітки розміром 10x15 см, їх підшивали до пупартової зв'язки та до апоневрозу. Дренування рани не виконували.

У післяопераційному періоді враховували всі ускладнення - вираженість больового синдрому, наявність запальної реакції тканин та порушення діурезу. Період спостереження за пацієнтами склав від 12 до 32 місяців.

Результати дослідження та їх обговорення

Трансабдомінальна преперітонеальна лапароскопічна пластика TAPP була виконана 48 пацієнтам, при цьому в жодному випадку не було конверсії. Характеристики та тривалість операцій в обох групах представлені в таблиці 1.

В лапароскопічній групі сітчастий імплантат встановлювався та фіксувався поверх сім'яного канатика у 23 пацієнтів. У 15 випадках, коли використовували сітки з нігіноловим каркасом, фіксацію не виконували завдяки тому, що краї нігінолової рамки щільно упиралися в тканини пахового каналу. В даній групі пацієнтів невеликий набряк мошонки спостерігався лише у 9 хворих (18.75%) (табл. 2).

Виражений больовий синдром спостерігався лише у одного пацієнта, якому була встановлена сітка з нігіноловим каркасом великого розміру, але після призначення ненаркотичних анальгетиків біль припинився. Вже наступного ранку пацієнти після лапароскопічної операції змогли підійтись з ліжка та ходити, а на другу добу після операції були виписані із стаціонару. Усі пацієнти групи I були задоволені ранніми післяопераційними результатами, в жодному випадку не було виявлено рецидиву гриж.

У групі II, 46 пацієнтів була виконана відкрита операція, тривалість її була довшою ніж лапароскопічна, що пояснюється технічними ускладненнями виділення з рубців країв апоневрозу, сітчастого імплантату та пахової зв'язки (табл. 2). Виражений больовий синдром був у 31 пацієнта (67.3%) цієї групи. Цим пацієнтам було необхідно призначити наркотичні анальгетики в перші доби після операції. Лише 9 пацієнтів (19.5%) цієї групи змогли підійтись та ходити через добу після операції, інші пацієнти почали ходити тільки через три або чотири доби (табл. 2). Необхідно відзначити, що при суб'єктивному оцінюванні втручання дванадцять пацієнтів групи II не були задоволені результатом відкритого оперативного втручання.

При порівнянні двох груп пацієнтів було виявлено, що лапароскопічні операції мають чіткі переваги. Відсутність серйозного больового синдрому у пацієнтів після лапароскопічних методів пластик пояснюється меншою травматичністю втручання, а також при використанні сіток з нігіноловим каркасом відсутністю фіксації сіток [1,3,8]. Тривалість лапароскопічної операції – 49 хвилини, відкрита - 75 хвилини. Необхідно зазначити, що для успішного виконання лапароскопічної пластики рецидивних пахових гриж необхідна наявність досвіду оперуючого хірурга [6, 7]. Кількість ускладнень статистично досто-

Таблиця 1. Характеристика операцій

	Група I (n=48)	Група II (n=46)	P value
Середня тривалість операції (хв.)	42±10	63±12	<0.05
Час через який пацієнти могли ходити (години)	12	24	<0.05
Середня тривалість знаходження в стаціонарі (години)	12 – 18	24 – 48	<0.05
Час через який пацієнти змогли повернутись до фізичних навантажень (дні)	4 – 6	7 – 10	<0.05

Таблиця 2. Післяопераційні ускладнення

	Група I (n=48)	Група II (n=46)	P value
Набряк мошонки	9 (18,75%)	12 (26,1%)	>0,05
Гематома	3 (6,25%)	9 (19,5%)	<0,05
Серома	4 (8,3%)	17 (36,9%)	<0,01
Грижеподібне випинання	4 (8,3%)	7 (15,2%)	>0,05
Помірний больовий синдром	12 (25%)	9 (19,5%)	>0,05
Виражений больовий синдром	1 (2,1%)	31 (67,3%)	<0,01
Рецидив	0	5 (10,8%)	<0,01

вірно ($p < 0.01$) менша після лапароскопічної герніопластики, ніж після відкритої. Після лапароскопічних втручань не було рецидиву гриж, у той час як після відкритих операцій частота рецидивів складала 10,8%.

Висновки

Використання нових методів лапароскопічної пластики призводить до зменшення кількості післяопераційних ускладнень, зниження больового синдрому, рецидиву гриж. Виявлені позитивні результати впродовж 30 місяців спостереження за хворими. Метод герніорафії є травматичним. Лапароскопічні операції забезпечують надійну пластику грижового дефекту.

Література

1. Современные методы лечения брюшных грыж / Грубник В.В., Лосев А.А., Баязитов Н.Р., Парфентьев Р.С. – К.: Здоров'я, 2001. – 280 с.
2. Amid PK (2003) The Lichtenstein repair in 2002: an overview of causes of recurrence after Lichtenstein tension-free hernioplasty. *Hernia* 7:13–16.
3. Bittner R., Gmahle E., Gmahle B., Schwarz J., Kehlet H (2010) Lightweight mesh and noninvasive fixation: an effective concept for prevention of chronic pain with laparoscopic repair (TAPP) *Surg Endosc* 24: 2958–2964.
4. Elsebae MM, Nasr M, Said M (2008) Tension-free repair versus Bassini technique for strangulated inguinal hernia: a controlled randomized study. *Int J Surg* 6:302–305.
5. Keidar A., Kanitkar S., Szold A. (2002) Laparoscopic repair of recurrent inguinal hernia *Surg Endosc* 16: 1708–1712.
6. Kurzer M, Belsham PA, Kark AE (2002) Prospective study of open preperitoneal mesh repair for recurrent inguinal hernia. *Br J Surg* 89:90–3.
7. Loviseto F., Zonta S., Rota E., Bottero L., Faillace G., Turra G., Fantini A., Longoni M (2006) Laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP) hernia repair: surgical phases and complications *Surg Endosc* 21:

646 – 652.

8. Vironen J, Nieminen J, Eklund A, Paavolainen P (2006) Randomized clinical trial of Lichtenstein patch or Prolene Hernia System for inguinal hernia repair. *Br J Surg* 93:33–39.

Грубник В.В., Черномаз Р.В., Воротынцева К.А.

Лечение рецидивирующих паховых грыж при помощи новых методов герниопластики

Проведено лечение 94 пациентов с рецидивирующими паховыми грыжами. Больные были прооперированы при помощи лапароскопических методов герниопластики (1 я группа), и операции Лихтенштейна (2я группа). Выявлено, что в техническом плане лапароскопическая пластика менее сложная и травматична чем открытая операция.

Ключевые слова: рецидивирующие паховые грыжи, лапароскопическая герниопластика, сетчатые трансплантаты

Grubnik V.V., Chernomaz R.V., Vorotyntseva K.O.

Advanced laparoscopic techniques in the treatment of recurrent inguinal hernias

Summary: Recurrence rate after operations for recurrent inguinal hernia range from 8 to 34%. All 94 patients were divided into two groups, first group of patients was operated using laparoscopic hernia repair, and the second group of patients were operated using the Lichtenstein operation. In group I, the hernia repair were done using two types of meshes, conventional polypropylene mesh and polypropylene mesh with new nitinol framework. In group II, hernia repair was made by modified Lichtenstein technique. The number of postoperative complications was rather less in the first group of patients. Thus, laparoscopic hernia repair provide a solid plastic hernia defect.

Key words: recurrent inguinal hernia, laparoscopic hernioplasty, mesh.

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК 616.149-008.341.1:347.440.32

Грубник Ю.В., Фоменко В.А., Московченко І.В., Грубник Ю.В., Крижанівський В.В., Кравченко О.І.

Лапароскопічні операції в лікуванні кровотеч у хворих із цирозом печінки

Кафедра хірургії №3, Одеський національний медичний університет
КУ «МКЛ №11» м.Одеса

Резюме. Проліковано 360 хворих, госпіталізованих з приводу кровотечі з варикозно-розширених вен стравоходу на фоні цирозу печінки. Доказано, що ендоскопічний локальний гемостаз є ефективним методом зупинки у даній категорії хворих, знижує летальність у 2 рази. Лапароскопічна деваскуляризація кардіального відділу шлунку та стравоходу дає змогу попередити рецидив кровотечі та запобігти летальності у віддаленому періоді.

Ключові слова: цироз печінки, ендоскопічний гемостаз, лапароскопічні операції, кровотеча.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Лікування портальної гіпертензії та її ускладнень є однією з найбільш актуальних, складних і невирішених проблем сучасної медицини. Приблизно в 75–85% причиною портальної гіпертензії є цироз печінки [1,2,4,6,7]. Циротичний процес в печінці викликає 2 основних симптоми – печінкову недостатність і портальну гіпертензію. Кровотеча з варикозних вен стравоходу і шлунку є найбільш частою (80%) причиною смерті при синдромі портальної гіпертензії [1,2,3,5,6,7,8]. На сьогоднішній день, лікування синдрому портальної гіпертензії зводиться в основному до ендоскопічного гемостазу кровотеч з варикозно-розширених вен стравоходу і шлунку та консервативної терапії, який не запобігає повторним епізодам кровотеч.

Мета: розробити і модифікувати малоінвазивні операції для профілактики кровотеч з вен стравоходу і кардіального відділу шлунку, зумовлених портальною гіпертензією.

Матеріал і методи дослідження

З 2006 по 2012 рік в Одеському міському центрі кишково-шлунко-

вих кровотеч лікувалося 360 хворих, госпіталізованих з приводу варикозно-розширених вен стравоходу та кардіального відділу шлунку, зумовлених портальною гіпертензією. Причинами портальної гіпертензії були: алкогольний цироз – 183 хворих, постнекротичний цироз при хронічному вірусному гепатиті В і С – 170 хворих, стеатогепатоз – 5 хворих, ідіопатичний цироз – 2 хворих. Важкість цирозу і ризик розвитку кровотечі оцінювали за класифікацією Child-Pugh. З 360 спостережуваних нами хворих 120 хворих були із стадією цирозу Child A, 140 хворих – Child B, Child C – 100. Тривалість захворювання до 5 років – у 170 хворих, більше 5 років – у 190 хворих. Під час госпіталізації до клініки проводилася комплексна гемостатична і гепатотропна терапія. У 84 хворих для зупинки кровотечі на фоні консервативної терапії застосовувався зонд Блекмора. У 276 хворих були використані для зупинки кровотеч ендоскопічні локальні втручання. У 84 хворих виконано лікування варикозних вузлів спеціальними гумовими кільцями. У 40 випадках виконано ендоскопічне пломбування, у 152 хворих було виконано ендоскопічне склерозування варикозних вен стравоходу комбінованим (інтра- і паравазальним) способом з використанням склерозантів (тромбовар, етоксисклерол). Всі хворі отримували курс гепатотропної і гемостатичної терапії, що включає (сандостатин, етамзілап, піпутьрін, бета-блокатори, блокатори протонної помпи, H₂-гістаміноблокатори, сечогінні, гепатопротектори).

Після зупинки кровотечі нами прооперовано 52 хворих з портальною гіпертензією та цирозом печінки. Виконувався розтин очеревини над стравоходом, мобілізація абдомінального відділу стравоходу. За допомогою багатофункціонального високочастотного коагулятора “Maximum” фірми KLS Martin (Німеччина) з функцією “заварювання” судин проводили коагуляцію і пересічення всіх коротких судин шлунку, які йдуть від великої кривизни до селезінки. Потім проводили обов'язкове кліпування лівої шлункової артерії і вени. Видимі розширені вени кардіоезофагеального переходу прошивалися і лікувалися. За