

І.В. Бабій, В.В. Власов, А.Е. ГурніцькийВінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова;
Хмельницька обласна лікарня

ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ УСКЛАДНЕННЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАХВИННОЇ ГРИЖІ

Резюме. Проаналізовано лікування 286 хворих на пахвинну грижу, яким застосовані алопластичні методики (316 втручань). Хворих розподілено на групи: Перша група – 120 (42%) хворих прооперовано з використанням алопластики за методикою I.L. Lichtenstein, друга група – 166 (58%) хворих прооперовано з використанням трансінгвінальної передочеревинної алопластики грижового дефекту в модифікації авторів. Аналізуючи післяопераційний період в даних групах хворих, спостерігаємо частіше виникнення запальних ускладнень з боку післяопераційної рани, пахвинну невралгію, відчуття стороннього тіла у хворих, яким виконана алопластика за методом I.L. Lichtenstein.

Ключові слова: пахвинна грижа, алопластика, післяопераційні ускладнення.

Пахвинною грижею хворіють, в основному, чоловіки працездатного віку. Дана патологія становить близько 5% усіх хірургічних захворювань, пластика гриж є найбільш поширеною (10-15%) у плановій хірургії. Частка пахвинних гриж становить 75-80% від загальної кількості гриж черевної порожнини. Щорічно в Україні виконується близько 60 тисяч операцій з приводу пахвинної грижі [1-3]. Для лікування пахвинної грижі відомо близько 600 способів пластики пахвинного каналу, і їх кількість збільшується. За рахунок вдосконалення методик лікування даної патології вдалось покращити результати та якість життя у даної групи пацієнтів [1, 4, 5]. Зменшилась кількість рецидивів – 10-15% при первинних та 25-30% – при рецидивних грижах [1, 4, 6]. Зниження частоти рецидивів має важливе значення, але не вирішеною проблемою є розвиток хронічного больового синдрому. За даними багатьох досліджень частота даного ускладнення становить від 9,7 до 51,6% [7, 8].

Мета роботи: оцінити результати хірургічного лікування хворих на пахвинну грижу за методом I.L.Lichtenstein та трансінгвінальної преперитонеальної пластики.

Матеріал і методи. Проаналізовано лікування 286 хворих на пахвинну грижу, яким застосовані алопластичні методики (316 втручань). Серед оперованих більшість становили чоловіки – 271 (94,8%), жінок було 15 (5,2%). Пацієнти були віком від 18 до 84 років ($57,4 \pm 15$). Відповідно до класифікації EHS рL2 тип пахвинної грижі діагностований у 65 випадках (20,5%), рL3

- в 71 (22,5%), рM2 – в 37 (11,7%), рM3 – в 85 (26,8%), rL2 – в 5 (1,6%), rL3 – в 12 (3,8%), rM2 – в 22 (7,0%), rM3 – 13 (4,1%), rC1 – в 1 (0,3%), rC2 – 3 (1,0%), rC3 – 2 (0,6%). Хворих розподілено на групи. Перша група – 120 (42%) хворих прооперовано з використанням алопластики за методикою I.L. Lichtenstein, друга група – 166 (58%) хворих прооперовано з використанням трансінгвінальної передочеревинної алопластики (ТІРР) грижового дефекту в модифікації авторів [9].

Усім хворим проводилось клінічне, лабораторне та інструментальне обстеження з метою вивчення загального стану хворого та виявлення супутньої патології. Для підтвердження діагнозу та в ранній післяопераційний період хворим проводилось ультразвукове дослідження пахвинних ділянок і органів черевної порожнини. Частота та особливості ускладнень у післяопераційному періоді вивчалися за записами в історіях хвороб і протоколами оперативних втручань.

Результати дослідження та їх обговорення. 166 хворим на пахвинну грижу здійснено ТІРР грижового дефекту в модифікації авторів (180 пластик). Серед оперованих переважали чоловіки – 154 (92,8%). Вік хворих становив 22-84 років (середній вік $57,4 \pm 15,0$). Рецидивну грижу мали 36 хворих. Правобічна локалізація пахвинної грижі була у 96 (57,83%) пацієнтів, лівобічна – у 56 (33,73%), двобічна – у 14 (8,4%). Відповідно до класифікації EHS рL2 тип пахвинної грижі діагностовано у 33 випадках (18,3%), рL3 – в 37 (20,6%), рM2 – в 22 (12,2%), рM3 – в 50 (27,7%), rL2 – в 3 (1,7%), rL3 – в 8 (4,4%), rM2 – в 14 (7,8%),

rM3 – в 8 (4,4%), rC2 – в 3 (1,7%), rC3 – в 2 (1,1%).

Вид анестезії підбирався індивідуально; в більшості випадків застосовували спинномозкову анестезію (126), ендотрахеальний наркоз (25), місцеву анестезію (10), комбінацію місцевої анестезії з нейролептаналгезією (3), внутрішньовенний наркоз (2).

У післяопераційному періоді в хворих наступили наступні ускладнення: серома післяопераційної рани (3), інфільтрат післяопераційного рубця (2), гематома післяопераційної рани (6), нагноєння післяопераційної рани (2). Проте, вони не потребували хірургічної корекції (табл.).

Таблиця

Ранні післяопераційні ускладнення у хворих на пахвинну грижу, n (%)

Ранні післяопераційні ускладнення	алопластика по I.L. Lichtenstein		авторська TIPP		Усього n=286 (100%)
	n=120 (100%)		n=166 (100%)		
	n	%	n	%	
Серома	6	5%	3	1,8%	9(3,15%)
Водянка оболонки яєчка	6	5%	0	0	6(2,1%)
Гематома	5	4,274	6	3,6%	11(3,84%)
Інфільтрат післяопераційної рани	3	2,5	2	1,2	5(1,74%)
Нагноєння післяопераційної рани	3	2,5%	2	1,2%	5(1,74%)
Пахвинна невралгія	15	12,5%	3	1,8%	18(6,3%)
Відчуття стороннього тіла	20	16,7%	0	0	20(7%)

У післяопераційному періоді у хворих були відсутні відчуття стороннього тіла в пахвинній ділянці. Хворих оглянуто в період від 6 міс до 4 років – рецидиву грижі не виявлено.

Алопластику за методикою I.L. Lichtenstein здійснено 120 хворим (136 пластик). Серед оперованих переважали чоловіки – 113 (94,2%). Вік хворих становив від 18 до 83 років (середній вік 50,5±14). Рецидивну грижу мали 18 хворих. Правобічна локалізація пахвинної грижі була у 67 (55,83%) пацієнтів, лівобічна – у 37 (30,83%), двобічна – у 16 (13,3%). Відповідно до класифікації EHS rL2 тип пахвинної грижі діагностований в 32 випадках (23,5%), rL3 – в 34 (25%), rM2 – в 15 (11,0%), rM3 – в 35 (25,7%), rL2 – в 2 (1,5%), rL3 – в 4 (2,9%), rM2 – в 8 (5,9%), rM3 – в 5 (3,7%), rC1 – в 1 (0,7%)

У більшості випадків застосовували спинномозкову анестезію (93), ендотрахеальний наркоз (11), місцеву анестезію (12), комбінацію місцевої анестезії з нейролептаналгезією (2), внутрішньовенний наркоз (2).

У післяопераційному періоді виникли такі ускладнення: серома післяопераційної рани (6), інфільтрат післяопераційного рубця (3), гематома післяопераційної рани (5), нагноєння післяопераційної рани (3), водянка оболонки яєчка (6), пахвинна невралгія (15). У віддаленому післяопераційному періоді відчуття стороннього тіла в пахвинній ділянці мали 20 пацієнтів, атрофічні зміни в яєчку виявили у 3, з них 2 пацієнти скаржилися на зниження статевої функції. Наявність хронічного больового синдрому у місці алопластики в 12

пацієнтів спостерігали до 6 міс., а у двох хворих близько одного року. Хворих оглянуто в період від 6 міс до 3,5 років – рецидив грижі виник у одного хворого (0,83%).

Під час операцій використовували різні сітчасті імплантати – АРМАТУРА (“Укртехмед”, Україна), Prolene Mesh, Ultrapro (“Ethicon”, USA).

На операційне поле наклеювали плівку “Ioban”, яка добре відмежовує операційну рану від шкіри та має антисептичні властивості. Гемостаз у процесі операційного втручання здійснювали переважно за допомогою електрозварювального високочастотного апарату ЕК-300М1.

Профілактику гнійних ускладнень проводили шляхом одноразового введення антибіотиків широкого спектру дії (цефтріаксон і метронідазол). Під час операції операційну рану промивали розчинами антисептиків (декасаном, хлоргексидином, тощо). Хворим з високим ризиком тромбоемболічних ускладнень здійснювали їх профілактику низькомолекулярними гепаринами (фленокс, клексан, фраксіпарин, цибор тощо).

Аналізуючи ускладнення післяопераційного періоду, ми спостерігали, що ускладнень у вигляді водянки яєчка та відчуття стороннього тіла не було у хворих, яким виконано авторську TIPP. Запальні ускладнення з боку післяопераційної рани мали 19 хворих (6,6%), і вони були, в якоюсь мірою, зумовлені супутніми захворюваннями. Причиною утворення гематом у калитці був недостатній гемостаз під час виділення грижового мішка, що відноситься до похибок техніки оперативного втручання. На сьогодні ми відмовились від

видалення грижового мішка при пахвинно-каліткових грижах.

Пахвинну невралгію спостерігали в 5 випадках, частіше після пластики за методом I.L. Lichtenstein. Відчуття стороннього тіла мали 20 (7%) хворих і, як правило, після алопластики за методом I.L. Lichtenstein. Тобто можна констатувати, що водянку оболонки яєчка, пахвинну невралгію та відчуття стороннього тіла мали переважно хворі після алопластики за методом I.L. Lichtenstein.

Висновки. 1. Трансінгвінальна передочеревинна алопластика дозволяє надійно укріпити грижові ворота. 2. Розташування сітчастого імплантата в передочеревинному просторі дозволяє уникнути відчуття стороннього тіла, пахвинної невралгії та хронічного больового синдрому.

Перспективою подальшого дослідження є пошук шляхів уникнення післяопераційних ускладнень під час лікування хворих на пахвинну грижу.

Список використаної літератури

1. Грубник В.В. Использование новых конструкций сеток при лапароскопическом лечении паховых грыж. Сравнительное исследование / В.В. Грубник, З.Д. Бугридзе, К.О. Воротынцева // *Клінічна хірургія*. – 2011. – № 7. – С. 42-45.
2. Ахмед М.М. Хирургическое лечение больных с паховой грыжей / М.М. Ахмед // *Хірургія України*. – 2012. – № 2. – С. 99-107.
3. Белянский Л.С. Интерпретация рекомендаций Европейской ассоциации герниологов по проблемам лечения паховой грыжи / Л.С. Белянский, И.М. Тодуров // *Клінічна хірургія*. – 2010. – № 3. – С. 5-9.
4. Aprospective trial of primary inguinal hernia repair by surgical trainees / V.W. Miedema, S.M. Ibrahim, B.D. Davis [et al.] // *Hernia*. – 2004. – Vol. 8, № 1. – P. 28-32.
5. Клименко В.М. Оцінка безпосередніх і віддалених результатів пре перитонеальних пластик у лікуванні пахвинних гриж / В.М. Клименко, А.В. Клименко, А.І. Білай // *Український журнал хірургії*. – 2016. – № 1-2 (30-31). – С. 22-28.
6. Шварковський І.В. Сучасні способи пахвинної герніопластики / І.В. Шварковський, О.П. Москалюк, О.В. Більцан // *Шпитальна хірургія*. – 2014. – № 2. – С. 88.
7. Свищенко О.В. Оцінка ефективності методів та матеріалів для алопластики пахвинних гриж: дис... канд. мед. наук: 14.01.03 / Свищенко Олег Вікторович. – Д., 2013. – 12 с.
8. Белянский Л.С. Синдром хронической паховой боли: современный взгляд на проблему / Л.С. Белянский // *Клінічна хірургія*. – 2010. – № 10. – С. 45-47.
9. Власов В.В. Передочеревинна алопластика пахвинного каналу / В.В. Власов, І.В. Бабій // *Клінічна хірургія*. – 2010. – № 3. – С. 27-30.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ

Резюме. Проанализировано лечение 286 больных с паховой грыжей, которым применены аллопластические методики (316 вмешательств). Больные разделены на группы: первая группа – 120 (42%) больных прооперировано с использованием аллопластики по методике I.L. Lichtenstein, вторая группа – 166 (58%) больных прооперировано с использованием трансингвинальной предбрюшинной аллопластики грижового дефекта в модификации авторов. Анализируя послеоперационный период в данных группах больных наблюдаем чаще возникновения воспалительных осложнений со стороны послеоперационной раны, паховую невралгию, ощущение инородного тела у больных, которым выполнена аллопластика по методу I.L. Lichtenstein.

Ключевые слова: паховая грыжа, аллопластика, послеоперационные осложнения.

POSTOPERATIVE COMPLICATIONS OF INGUINAL HERNIA SURGICAL TREATMENT

Abstract. The article analyses the treatment of 286 patients with inguinal hernia in whom the alloplastic technique was used (316 interventions). The patients were divided into groups: the first group – 120 (42%) patients were operated using alloplasty according to the method of I.L. Lichtenstein, the second group – 166 (58%) patients were operated using transinguinal abdominoanterior alloplasty (TIAA) of the hernia defect in the authors' modifications. Analyzing the postoperative period in these groups of patients, we observe more frequent occurrence of inflammatory complications caused by a postoperative wound, inguinal neuralgia, sensation of a foreign body in patients, who underwent alloplasty by the method of I.L. Lichtenstein.

Key words: inguinal hernia, alloplasty, postoperative complications.

National Pirogov Memorial Medical University (Vinnytsya);
Khmelnyskyi regional hospital (Khmelnyskyi)

Надійшла 2.04.2017 р.

Рецензент – проф. Гринчук Ф.В. (Чернівці)