

УДК 617.557-007.43-089.843/.844-06

ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ УСКЛАДНЕННЯ ПАХВИННОЇ АЛОГЕРНІОПЛАСТИКИ ЗАЛЕЖНО ВІД СПОСОБУ ФІКСАЦІЇ ІМПЛАНТАТА

Москалюк О.П., Довгопола Т.С.

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

В роботі описані особливості розвитку післяопераційних ускладнень пахвинної алогерніопластики залежно від способу фіксації імплантанта. Виявлений негативний вплив контакту імплантанта із структурами сім'яного канатика. Вплив проявлявся розвитком ряду післяопераційних ускладнень у хворих. Показано, що при розмежуванні імплантанта та сім'яного канатика прояв негативних змін в останньому зменшуються. Необхідно попереджувати контакт імплантанта та сім'яного канатика при проведенні хірургічного лікування пахвинних гриж.

Ключові слова: пахвинна грижа, пахвинна алогерніопластика, ускладнення, імплантант, сім'яний канатик.

Постановка проблеми. На сьогодні в арсеналі хірургів є близько 400 методик пахвинної герніопластики, що свідчить про безперервний пошук надійного методу лікування пахвинних гриж, який би попереджав виникнення рецидиву грижі та забезпечував високу якість життя [1; 4].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Застосування алотрансплантатів дозволило зменшити кількість рецидивів гриж до 3-9%. Спосіб I.L. Lichtenstein став «золотим стандартом», який у більшості клінік світу практично не має альтернативи [5].

Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми. Методика I.L. Lichtenstein не позбавлена недоліків. Не дивлячись на інертність синтетичного матеріалу, навколо нього розвивається тканинна реакція з вираженим запальним компонентом, що спричинює ряд специфічних ускладнень. Серед них – сероми, гематоми, відчуття стороннього тіла, синдром хронічного пахвинного болю. Крім небезпеки рецидиву, пахвинна алогерніопластика має певний відсоток інших ускладнень, зокрема порушення кровообігу в яєчку, що призводить до порушення репродуктивної функції чоловіків [1; 2].

Розвиток специфічних ускладнень певною мірою пояснюється безпосередньою схемою операції I.L. Lichtenstein – сім'яний канатик на значному протязі контактує із синтетичним матеріалом [1; 3].

Мета статті. Вивчити особливості післяопераційних ускладнень пахвинної алогерніопластики залежно від способу фіксації імплантанта та наявності контакту останнього із сім'яним канатиком.

Виклад основного матеріалу. Хворі контрольної групи були від 19 до 66 років (у середньому – $46,2 \pm 12,61$ р.). Вік хворих основної групи коливався від 18 до 65 років (у середньому – $44,5 \pm 13,07$ р.). Усі хворі оперовані під місцевою інфільтративною анестезією 0,25% розчином новокаїну. Як алотрансплантат в обох групах застосовували поліпропіленові сітки фірми «Ethicon» (Johnson & Johnson, США). Середні розміри використаного імплантату становили: ширина – $6,3 \pm 1,81$ см, довжина – $12,2 \pm 2,08$ см.

Хворим контрольної групи ($n=73$) виконували операцію I.L. Lichtenstein за класичною методикою. Хворим основної групи ($n=71$) виконували розроблений спосіб герніопластики (патент України на корисну модель № 81728). Після обробки

грижового мішка розсікали поперечну фасцію від внутрішнього отвору пахвинного каналу до зовнішнього краю піхви прямого м'яза живота. Сім'яний канатик після мобілізації розташовували у передочеревинному просторі, а краї поперечної фасції зшивали безперервним швом з ліквідацією внутрішнього отвору пахвинного каналу. Формували нове місце виходу сім'яного канатика біля латерального краю піхви прямого м'яза живота.

Виконували пластику грижового дефекту за допомогою сітчастого імплантату достатніх розмірів, по верхньому краю якого формували вирізку для сім'яного канатика. Сітчастий імплантант розташовували на поперечній фасції заводячи верхній край під поперечний м'яз живота. Фіксацію починали з пришивання нижнього краю імплантату вузловими швами до лобкового горбика та пахвинної зв'язки. Латеральний та верхній край сітки фіксували за допомогою П-подібних швів з інтервалом 1,5 см, які проводили через верхній клапоть апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота, внутрішній косий та поперечний м'язи живота і зав'язували на зовнішній поверхні апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота. Медіальний край імплантату фіксували до задньої поверхні піхви прямого м'яза живота таким чином, що б сім'яний канатик розташовувався у сформованій вирізці (рис. 1). Розріз сітки додатково укріплювали окремими вузловими швами. Краї апоневрозу зовнішнього косоного м'яза живота зшивали між собою.

Для об'єктивізації і порівняння результатів лікування пацієнтів основної і контрольної груп нами були обрані такі критерії: інтенсивність болювого синдрому, частота призначення в післяопераційному періоді наркотичних і ненаркотичних знеболюючих засобів, терміни відновлення базової активності та працездатності, частота та характер післяопераційних ускладнень, тривалість післяопераційного ліжко-дня, частота рецидивів гриж.

Серед ускладнень післяопераційного періоду в контрольній групі хворих відзначені сероми у 3 (4,1%) випадках, у 2 (2,7%) – гематоми, ще в 3 (4,1%) випадках – інфільтрат післяопераційної рани. В одного хворого контрольної групи з відмежованою гематомою довелося проводити черезшкірну пункцію і дренажування. В решти випадків ускладнення не потребували додаткової хірургічної корекції. Подібні гематоми не рідко

призводять до нагноєння післяопераційної рани, можуть стимулювати розвиток рецидиву грижі. В даного хворого через 3 місяці після проведення операції виник рецидив грижі.

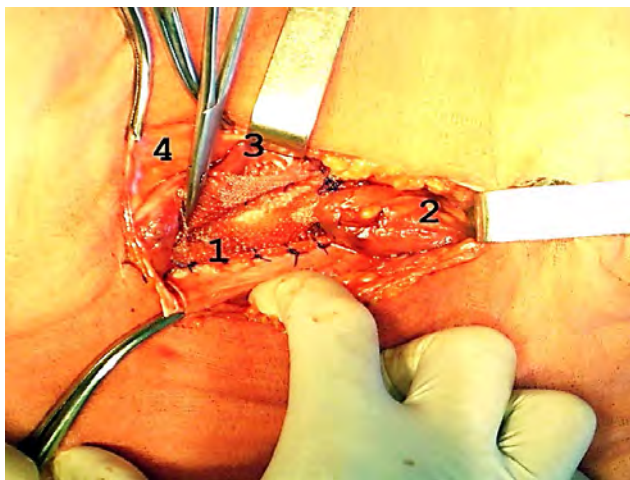


Рис. 1. Завершальний етап фіксації сітчастого імплантату:

- 1 – пахвинна зв'язка;
- 2 – сім'яний канатик;
- 3 – поперечний та внутрішній косий м'язи живота;
- 4 – верхній клапот апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота

У 3 (4,1%) хворих групи контролю протягом місяця після операції була наявна парестезія в ділянці післяопераційного рубця. Відчуття стороннього тіла відзначали 2 (2,7%) хворих даної групи.

Серед ускладнень післяопераційного періоду в хворих основної групи виявлено тільки сероми в 2 (2,8%) хворих та інфільтрат післяопераційної рани в 2 (2,8%) осіб, що було пов'язано з наявністю пахвинно-мошонкових гриж великих розмірів, що ускладнило виділення грижового мішка із структур сім'яного канатика. Дані ускладнення не потребували додаткових хірургічних маніпуляцій. Зазначені відмінності в кількості ускладнень ми пов'язуємо з тим, що при пластиці за методикою I.L. Lichtenstein сім'яний канатик безпосередньо контактує із сітчастим протезом на значній ділянці, що призводить до його травматизації, розвитку гематом та сером. Характеристика післяопераційних ускладнень наведена в табл. 1.

Таблиця 1
Частота післяопераційних ускладнень, абс. (%)

Характер ускладнення	Основна група (n=71)	Контрольна група (n=73)
Інфільтрат післяопераційної рани	2 (2,8%)	3 (4,1%)
Гематома	-	2 (2,7%)
Серома	2 (2,8%)	3 (4,1%)
Парестезії	2 (2,8%)	3 (4,1%)
Синдром хронічного пахвинного болю	-	2 (2,7%)
Відчуття стороннього тіла	1 (1,4%)	2 (2,7%)
Загальна частота ускладнень	7 (9,8%)	15 (20,4%)

В 2 (2,8%) хворих основної групи протягом місяця після операції виявлена парестезія в ділянці

ці післяопераційного рубця. Відчуття стороннього тіла не відмітив жодний пацієнт основної групи.

При оцінці розвитку синдрому хронічного пахвинного болю, що спостерігався протягом трьох місяців після оперативного втручання, варто відмітити, що дане ускладнення виявлено в 2 (2,7%) хворих контрольної групи. В хворих основної групи даного ускладнення не було.

На нашу думку, наведені відмінності в розвитку таких ускладнень як парестезії, відчуття стороннього тіла та синдрому хронічного пахвинного болю обумовлені травматизацією нервів внаслідок контакту сім'яного канатика із сітчастим імплантатом з подальшим втягненням їх в сполучнотканинний рубець в хворих контрольної групи. В свою чергу залучення сім'яного канатика в рубцевий процес у пізньому післяопераційному періоді призводить до розвитку хронічного болювого синдрому. Загальна частота ускладнень становила: у хворих основної групи – 9,8%, у пацієнтів групи контролю – 20,4%.

За даними літератури частота виникнення післяопераційного набряку тканин мошонки і яєчка має значну тенденцію до збільшення саме серед осіб молодого віку, що в подальшому може негативно вплинути на репродуктивну функцію. Саме тому даному ускладненню приділено особливу увагу.

Проаналізувавши вид пахвинної грижі у хворих, в яких спостерігався набряк тканин мошонки і яєчка в післяопераційному періоді слід відмітити, що у всіх пацієнтів були косі пахвинні грижі. Зрозуміло, що під час виконання герніопластики при наявності косої пахвинної грижі, операція завжди виконується в більш складних технічних умовах. Виділення грижового мішка з елементів сім'яного канатика при косій пахвинній грижі порушує взаємне розміщення елементів і структур пахвинного каналу, підвищуючи травматичність операції. Натомість при прямій пахвинній грижі виділення грижового мішка, що розміщений поза елементами сім'яного канатика, здійснюється простіше. Крім того пряма пахвинна грижа рідко опускається в мошонку, тому при виділенні грижового мішка немає контакту з яєчком, що часто буває при косій пахвинній грижі.

Вивчення частоти виникнення набряку тканин мошонки і яєчка в післяопераційному періоді виявив, що в 1,5 рази частіше дане ускладнення спостерігалось в хворих контрольної групи – 13 (17,8%) пацієнтів проти 8 (11,3%). Таким чином, кожна шоста пахвинна герніопластика, що виконана за I.L. Lichtenstein (контрольна група), ускладнювалася післяопераційним набряком мошонки. При чому термін зникнення набряку тканин мошонки і яєчка був достовірно ($p < 0,05$) більшим в хворих контрольної групи – $17,3 \pm 2,24$ доби проти $11,1 \pm 1,98$ діб.

Однак, враховуючи наявність у хворих обох груп співставимих типів пахвинних гриж та розмірів грижового мішка, ймовірно не тільки сама операція вплинула на розвиток даного ускладнення. На нашу думку, саме контакт сім'яного канатика з сітчастим імплантатом на значній ділянці при герніопластиці за методикою I.L. Lichtenstein (контрольна група хворих) сприяє збереженню набряку самого сім'яного канатика, що порушує венозний та лімфатичний відтік від яєчка, що

в свою чергу сприяє виникненню набряку тканин мошонки і яєчка. А залучення сім'яного канатика в рубцевий процес навколо імплантату в післяопераційному періоді сприяє збереженню набряку тканин мошонки і яєчка протягом тривалого часу, що відмічено у хворих контрольної групи.

Післяопераційний ліжко-день був нижчим ($p < 0,05$) в основній групі і становив $2,9 \pm 0,76$ дб проти $5,4 \pm 0,98$ дб у контрольній групі. Середній термін відновлення базової активності в контрольній групі становив $4,4 \pm 0,48$ дб. Даний показник був порівняно меншим в основній групі хворих – $3,1 \pm 0,43$ дб ($p < 0,05$). Також достовірно ($p < 0,05$) меншим був термін відновлення працездатності в хворих основної групи і становив $22,2 \pm 1,24$ дб проти $26,2 \pm 1,38$ дб в групі контролю.

Швидке відновлення працездатності хворих основної групи має не тільки соціальне, а й економічне значення. На нашу думку, наведені відмінності в тривалості лікування між групами

хворих можна пояснити зменшенням тривалості та інтенсивності больового синдрому, зменшенням ознак перифокального запального набряку в осіб основної групи внаслідок відсутності контакту сім'яного канатика з імплантатом. Також менші терміни амбулаторного лікування в основній групі можна пояснити меншою кількістю ускладнень в пацієнтів даної групи.

Рецидив пахвинної грижі виник у 4 (5,5%) хворих контрольної групи. Рецидиву грижі в осіб основної групи не було при спостереженні від 1 до 5 років у віддаленому періоді.

Висновки і пропозиції. Попередження контакту полімерного імплантату з елементами сім'яного канатика зменшує вплив запальної реакції на структури пахвинного каналу та репродуктивні органи, що призводить до зменшення больового синдрому, пришвидшує соціальну та трудову реабілітацію пацієнтів, позитивно впливає на якість життя чоловіків у післяопераційному періоді.

Список літератури:

1. Акрамов Н.Р., Омаров Т.И., Гимадеева Л.Р. и др. Репродуктивный статус мужчин после классической герниопластики, выполненной в детском возрасте при паховой грыже. Казанский медицинский журнал. 2014. Т. 95, № 1. Р. 7-11.
2. Бабіков В.М. Лапароскопічна корекція двосторонніх пахвинних гриж у дітей. Шпитальна хірургія. Журнал імені Л. Я. Ковальчука. 2017. № 4. С. 118-122. doi: 10.11603/2414-4533.2017.4.8333.
3. Расулов Р., Москаленко И.С. Реабилитация физическими упражнениями после операции по удалению паховой грыжи. Международный научный журнал «Символ науки». 2017. Т. 2, № 3. С. 215-217.
4. Brown C.N., Finch J.G. Which mesh for hernia repair? Ann R Coll Surg Engl. 2010. Vol. 92, № 4. P. 272-278. doi: 10.1308/003588410X12664192076296.
5. Lechner M.N., Jäger T., Buchner S. et al. Rail or roll: a new, convenient and safe way to position self-gripping meshes in open inguinal hernia repair. Hernia. 2016. Vol. 20, № 3. P. 417-422. doi: 10.1007/s10029-015-1389-y.

Москалюк А.П., Довгопола Т.С.

ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет»

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПАХОВОЙ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА ФИКСАЦИИ ИМПЛАНТАТА

Аннотация

В работе описаны особенности развития послеоперационных осложнений паховой аллогерниопластики в зависимости от способа фиксации имплантата. Обнаружено негативное влияние контакта имплантата со структурами семенного канатика. Влияние проявлялось развитием ряда послеоперационных осложнений у больных. Показано, что при разграничении имплантата и семенного канатика проявление негативных изменений в последнем уменьшаются. Необходимо предупреждать контакт имплантата и семенного канатика при проведении хирургического лечения паховых грыж.

Ключевые слова: паховая грыжа, паховая аллогерниопластика, осложнения, имплантат, семенной канатик.

Moskaliuk O.P., Dovhopola T.S.

HSEE of Ukraine «Bukovinian State Medical University»

POSTOPERATIVE COMPLICATIONS OF INGUINAL ALOGERNIOPLASTICS DEPENDING ON THE METHOD OF IMPLANT FIXATION

Summary

The article describes the features of the development of postoperative complications of inguinal alogernioplastics depending on the method of fixation of implant. The negative influence of the implant's contact with the structures of the spermatic cord is revealed. This effect manifested itself in the development of a number of postoperative complications in patients. It was shown that when the implant and spermatic cord are differentiated, the negative changes are reduced. It is necessary to prevent the contact of the implant and spermatic cord during the surgical treatment of inguinal hernias.

Keywords: inguinal hernia, inguinal alogernioplastics, complication, implant, spermatic cord.