

УДК 616.34-007.43-031:611.957-089

РЕЗУЛЬТАТИ ТРАНСАБДОМІНАЛЬНОЇ ПРЕПЕРІТОНЕАЛЬНОЇ ЕНДОВІДЕОГЕРНІОПЛАСТИКИ ПРИ ЛІКУВАННІ ПАХВИННИХ ГРИЖ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ

О.О. Воровський

Вінницький обласний госпіталь для інвалідів Вітчизняної війни

Реферат. Проаналізовані 31 випадок застосування трансабдомінальної ендовідеогерніопластики при хірургічному лікуванні пахвинних гриж у хворих похилого віку у Вінницькому обласному госпіталі для інвалідів Вітчизняної війни. Встановлено, що даний метод є ефективним через його атравматичність, низький відсоток рецидивів, короткий термін реабілітації. Доказано, що даний метод лапароскопічної герніопластики можливо застосувати хворим похилого віку. Інтраопераційні ускладнення спостерігались у 2 (6,5%) випадках, не були пов'язані з віком хворих, а припали на період опрацювання методики. Трансабдомінальну ендовідеогерніопластику для хворих старше 60 років можна виконувати під епідуральною анестезією.

Ключові слова: хворі похилого віку, пахвинна грижа, трансабдомінальна ендовідеогерніопластика.

Серед хірургічних втручань перше місце займають операції з приводу гриж передньої черевної стінки, що складає 10-20% від всіх оперативних втручань [7,13,20]. Дана патологія має місце у 3-5% населення [9]. З віком частота грижозносіїв зростає, і в осіб похилого та старечого віку на даний час складає 42,4-45,0% [2,16].

Пахвинні грижі складають 66,0-80,0% від всіх гриж, де на долю чоловічої статі в даній віковій категорії припадає 90-97% [5,10]. Частота рецидивів за даними різних авторів на Україні та в країнах СНД складає від 10-14% при первинних грижесіченнях, та 30-65% при повторних операціях з приводу рецидиву захворювання [3,10,12,13,19]. Особливо велика кількість рецидивів у хворих похилого та старечого віку, де тільки при первинних грижесіченнях складає 40-80,5% [3,4]. Більшість авторів відзначають, що при наданні допомоги хворим похилого та старечого віку хірург зіштовхується з проблемою якісної та кількісної неповноцінності передньої черевної стінки з вираженими патологічними та атрофічно-дегенеративними змінами апоневротичних та м'язових утворень в ділянці грижового дефекту, з різким порушенням мікроциркуляції [8,10,15].

Це, в якійсь мірі, пояснює те, що частота рецидивів гриж після термінових оперативних втручань у осіб похилого та старечого віку в 2-3 рази перебільшує їх число після планових

грижесічень, зростання післяопераційної летальності сягає від 8-12% до 16-20% [1], а після ургентних операцій – 25-40% [7].

На даний час отриманий великий досвід використання синтетичних матеріалів для лікування гриж передньої черевної стінки. Після доповіді Lichtenstein в 1993р., його методика почала широко застосовуватися у хірургії гриж. Основними перевагами даного методу, на думку багатьох дослідників, є відносна технічна простота, можливість ранньої активізації хворих [13,15].

За останні роки відзначають широке розповсюдження ендовідеохірургічних методів герніопластики. Серед різних варіантів лапароскопічного лікування пахвинних гриж найбільшу популярність набула розроблена J.D. Corbitt методика трансабдомінальної передньочеревної грижепластики з імплантацією синтетичного сітчастого протезу. При даному способі фіксують протез таким чином, що він покриває ділянки можливого утворення косої, прямої, стегнової, надміхурової гриж [6,17,18]. Серед переваг лапароскопічної герніопластики відзначають малу травматичність, швидку соціальну та медичну реабілітацію пацієнтів, можливість поєднання операцій при двобічних грижесіченнях, частота рецидивів нижча ніж при традиційних методах (1,1-2,2%) [5,11,13,14,15]. За деякими прогнозами, лапароскопічна герніопластика, в недалекому майбутньому, буде застосовуватися у 50-70% всіх операцій з приводу пахвинних та стегнових гриж [5]. Серед недоліків відзначають високу собівартість даної методики, необхідність загального знеболення та напруженого пневмоперитонеума, що значно підвищує анестезіологічний ризик у даній віковій групі, а інтраабдомінальні маніпуляції часто призводять до ятрогенного ушкодження внутрішніх органів та судин [13,15].

Мета роботи

Дослідити результати трансабдомінальної преперітонеальної ендовідеогерніопластики (ТПЕВГ) при лікуванні пахвинних гриж у хворих похилого віку.

Матеріал та методи

Лапароскопічну герніопластику при лікуванні пахвинних гриж у хворих з пахвинними грижами застосовуємо з 2005 р. За період 2005-2008 р.р. у хірургічному відділенні Вінницького обласного госпіталю для інвалідів Вітчизняної війни було прооперовано 507 хворих з грижозносійством із застосуванням для пластики синтетичні матеріалів.

Лапароскопічна грижепластика була застосована у 31 хворого з пахвинними грижами, що склало 7,1%. Середній вік хворих склав $65 \pm 2,3$ роки. 29 (93,6%) хворих було чоловічої статі, 2 (6,4%) – жіночої. Двобічні пахвинні грижі мали місце у 8 (25,8%) хворих, у 13 (41,9%) хворих – з лівобічною локалізацією, у 10 (32,3%) – з правобічною, у 3 (9,7%) – мали місце рецидивні грижі. Косі пахвинні грижі спостерігались у 18 (58,1%) випадках, прямі – у 13 (41,9%). Пахвинно-мошкова локалізація мали місце у 6 (19,7%) хворих. Тривалість грижозносійства склала від 4-х місяців до 15 років, в середньому $3,3 \pm 0,7$ років. У 2-х (6,5%) осіб пахвинна грижа поєднувалась з хронічним холециститом та у 3 (9,7%) – з пупковою грижою, відповідно їм було виконанні такі симультанні операції, як лапароскопічна холецистектомія та грижепластика за Мейо.

Серед запропонованих методик лапароскопічних герніопластик надали перевагу ТПЕВГ за способом J. Corbitt і R. Fitzgibbons, яку ми модифікували [17,18]. Дані автори пропонували виконувати ТПЕВГ за наступною методикою. Накладали пневмоперитонеум 12-16 мм.рт.ст., вводили три троакари: перший в ділянці пупка, два інших – у правій та лівій здухвинних ділянках. Хворого під час операції знаходився в положенні Тренделенбурга. Визначали місце знаходження грижового отвору, виконували спробу вивернути грижовий мішок в черевну порожнину. За допомогою коагуляційного гачка ?подібним розтином відділяли парієнтальну очеревину над медіальною та латеральною ямками від передньовверхньої ості клубової кістки до лобкового кісткового сполучення. При косій грижі, більшість авторів, елементи сім'яного канатика відокремлюють від грижового мішка та мобілізують. Наступним етапом поліпропіленову сітку частково розсікали в горизонтальному напрямі, нижній клаптик якої, підводили під сім'яний канатик та фіксували дужками за допомогою герніостеплера латеральний край до косих м'язів живота, медіальний – до лобкової кістки та куперівської зв'язки. Потім поліпропіленовий протез прикривали ділянкою, раніше відшарованою, парієнтальної очеревини, яку також фіксу-

вали дужками за допомогою герніостеплера. Ми відмовились від повного відділення грижового мішка від елементів сім'яного канатика так, як, в більшості випадків, вони досить інтимно злучені. Таким чином, існує високий ризик пошкодження елементів сім'яного канатика. Ми розсікаємо грижовий мішок таким чином, щоб та його ділянка, яка злучена з елементами сім'яного канатика, залишилась на самому сім'яному канатику. Поверх фіксували поліпропіленовий імплантат, який прикривали ділянкою, раніше відшарованої, парієнтальної очеревини та вільною ділянкою грижового мішка (подана заявка на деклараційний патент). Даний спосіб дозволяє скоротити час оперативного втручання та уникнути травматизації елементів сім'яного канатика.

У якості протезуючих матеріалів застосовували поліпропіленові сітки українського виробництва "Арма-тура" (українська кольчуга). Розмір застосованих протезів склав від 8x10 см до 10x8 см в залежності від конституції хворого. Розмір грижового отвору на розмір сітки не впливав так, як старались прикрити слабкі місця для утворення те тільки косі та прямої гриж, а й стегнової.

Тривалість операцій була в межах від 45 до 150 хвилин, в середньому 90 ± 15 хвилин. Пневмоперитонеум був не вище 10 мм.рт.ст. Період перебування в стаціонарі після операції в середньому склала 5 діб. В 3-х випадках змушенні були перейти на пахвинний доступ, де причиною були: 1 – наростаюча підшкірна емфізема, 1 – ковзна невправима грижа, елементом якої була сліпа кишка, 1 – виражене ожиріння, із-за чого не можливо було використовувати ділянку очеревини для відмежування поліпропіленового трансплантату від органів черевної порожнини, внаслідок порушення її цілісності під вагою жирової клітковини.

29 (93,5%) хворим ТПЕВГ виконували під загальним комбінованим ендотрахеальним наркозом, 2 (6,5%) – під епідуральною анестезією.

Результати та обговорення

Всі хворі похилого віку, що планувались на дане оперативне лікування, пройшли стандартні обстеження. Результати даних досліджень показали, що ТПЕВГ в змозі перенести тільки 38%. В основному, причинами протипоказу були обструктивні та рекструктивні захворювання дихальних шляхів і захворювання серцево-судинної системи в поєднанні з порушенням ритму серцевої діяльності. Для уникнення ускладнень, що могли виникнути при застосуванні загального комбінованого ендотрахеального наркозу, 2 (6,5%) хворим ТПЕВГ виконали під епідуральною анестезією, де в

одному випадку була виконана симультанна операція – лапароскопічна холецистектомія. Перебіг оперативного втручання у даних осіб був без ускладнень.

Ускладнення мало місце у 2 (6,5%) хворих при виконанні перших 5 ТПЕВГ. В одному випадку коагуляційним гачком при відшаруванні очеревини була пошкоджена нижня епігастральна артерія, кровотеча з якої була зупинена за допомогою біполярної коагуляції. В даного хворого утворився болючий інфільтрат, який розсмоктався самостійно через 2 тижні. Дані дії можна вважати помилковими, рекомендують кліпувати артерію кліпатором, що використовують для лапароскопічної холецистектомії. В другому випадку дисектором була незначно пошкоджена стінка сечового міхура. Діагноз був поставлений інтраопераційно, так як зразу було помічено витік вуглекислого газу із черевної порожнини через уретральний катетер. Операція була закінчена згідно методики, в передчеревній простір був поставлений дренаж, дефект сечового міхура закритися самостійно на уретральному катетері протягом 3-х тижнів.

Інколи мала місце незначна кровотеча із оболонок сім'яного канатика при відділенні грижового мішка, яка була зупинена біполярною коагуляцією. На перебіг захворювання та тривалість перебування в стаціонарі дане ускладнення не вплинуло, але стало причиною розробки ТПЕВГ за нашою методикою.

У післяопераційному періоді в одного хворого спостерігали парестезії в ділянці передньої поверхні стегна, які зникли після амбулаторного фізіотерапевтичного курсу лікування та у двох дизуричні розлади, які пройшли під дією селективних б-адреноблокаторів.

Інших інтра- та післяопераційних ускладнень, а також рецидивів захворювання не спостерігали.

Усі хворі через 4-10 годин могли самостійно пересуватись, відсутня була необхідність у назначенні наркотичних анальгетиків. Також, не спостерігався післяопераційний парез кишківника, що дало змогу даним пацієнтам харчуватися з першої післяопераційної доби.

З а к л ю ч е н н я

ТПЕВГ, за розробленою методикою, є ефективним методом у лікуванні пахвинних гриж через її атравматичність, низьким відсотком рецидивів, коротким терміном реабілітації. При диференційованому підході ТПЕВГ можливо застосовувати хворим похилого віку. В нашій роботі показана можливість проведення ТПЕВГ даній віковій категорії під епідуральною анестезією.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ ПРЕПЕРИТОНЕЛЬНОЙ ЭНДОВИДЕОГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ И БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

О.О. Воровский

Реферат. Проанализированы 31 случай применения трансабдоминальной эндовидеогерниопластики при хирургическом лечении паховых грыж у больных пожилого возраста у Винницком областном госпитале для инвалидов Отечественной войны. Установлено, что данный метод есть эффективным через его атравматичность, низкий процент рецидивов, краткий период реабилитации. Доказано, что данный метод лапароскопической герниопластики возможно применять больным пожилого возраста. Интраоперационные осложнения наблюдались у 2 (6,5%) случаях, не были связаны с возрастом больных, а пришлись на период освоения методики. Трансабдоминальную эндовидеогерниопластику для больных старше 60 лет возможно применять под эпидуральной анестезией.

Ключевые слова: больные пожилого возраста, паховая грыжа, трансабдоминальная эндовидеогерниопластика.

RESULTS OF TRANSABDOMINAL ENDOVIDEOHERNIOPLASTY IN A SURGICAL TREATMENT OF INGUINAL HERNIAS OF ELDERLY PATIENTS

О.О. Vorovskiy

Abstract. 31 cases with the application of transabdominal endovideohernioplasty in a surgical treatment of inguinal hernias of elderly patients at Vinnitsa's Regional Hospital for war invalids have been analysed. It was established that the given method is effective because it is not traumatic and has low percentage of recurrence of the disease, a short period of rehabilitation. It is proved that the given method of laparoscopic hernioplasty may be employed for the elderly patients. The intraoperable complications that were observed in 2 cases were not connected with the age of the patients, but they were carried out during mastering of the given method. It is possible to use transabdominal endovideohernioplasty for the patients older 60 years under epidural anaesthesia

Key words: patients of old age, inguinal hernia, transabdominal endovideohernioplasty.

ЛІТЕРАТУРА

1. Антонов А.М. Результаты хирургического лечения больных с наружными брюшными грыжами // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. – 2001.–Том 160, №3. – С. 92-96.
2. Артемов Ю.В., Кононенко В.И., Филатов А.С. и др. Результаты лечения паховых грыж. Материалы науч.-прак. конференции “Современные методы хирургического лечения вентральных грыж и эвентраций” 27-28 сентября 2006 г. Алушта 2006; С.15-16.
3. Бекоев В.Д., Криль В.А., Троянов А.А. и др. Рецидив паховой грыжи (проблема и пути возможного решения) // Хирургия. – 2003.–№2. – С.45-47.
4. Гибало Р.В., Бежевец М.О., Кудінов Г.В. та ін. Спосіб лікування пахвинних гриж. Материалы науч.-прак. конференции “Современные методы хирургического лечения вентральных грыж и эвентраций” 27-28 сентября 2006 г. Алушта 2006; С.51-52.
5. Гюльмамедов Ф.І., Плахотніков І.О., Гюльмамедов П.Ф. та ін. Лапароскопічна герніопластика у лікуванні пахвинних гриж // Шпитальна хірургія. – 2005.–№1. – С. 175-177.

6. Емельянов С.И., Протасов А.В., Рутенбург Г.М. Эндохирургия паховых и бедренных грыж. Санкт-Петербург, 2000. 174 с.
7. Жебровский В.В., Мохамед Том Эльбашир. Хирургия грыж живота и эвентраций. Симферополь, 2002; 438с.
8. Кузин А.А. Хирургическое лечение паховых грыж аллосухожильным биоматериалом.: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Уфа, 1996. – 22 с.
9. Кузин Н.М., Далгатова К.Д. Современные методы лечения паховых грыж // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2002. – Том 161, №5. – С.107-110.
10. Лотоцький М., Павловський М. Ковзні пахвинні грижі.–Львів., 2003. 221с.
11. Ничитайло М.Ю., Кондратюк О.П., Булик І.І. Досвід лапароскопічної герніопластики з приводу складної та рецидивної пахвинної грижі//Клінічна хірургія.–2005.–№ 4-5. – С. 25-26.
12. Павленко В.В. Хирургическое лечение паховой грыжи у больных пожилого и старческого возраста // Клиническая геронтология. – 2006.–№ 6.–С. 18-21.
13. Сахаутдинов В.Г., Галимов О.В., Сендерович Е.И и др. Выбор метода оперативного лечения больных с паховыми грыжами // Хирургия.–№1. – С.45-48.
14. Седов В.М., Стрижелецкий В.В., Гуслев А.Б. Осложнения эндовидеохирургической герниопластики. // Вестник хирургии им. Грекова. – 2003.–Том 162, №1. – С.80-81.
15. Юрасов А.В., Федоров Д.А., Шестаков А.Л. и др. Современная тактика хирургического лечения паховых грыж // Анналы хирургии. – 2002. – №2. – С. 54-59.
16. Abrahamson J. Hernias. Maingot's Abdominal Operations., 1997.- Vol. 1. – 10 p.
17. Corbitt J.D. Trasabdominal preperitoneal herniorrhaphy // Surg. Laparosc. Endosc. – 1994. – Vol. 4. – P.410.
18. Fitzgibbons R.J. Intraperitoneal onlay mesh technigue for laparoscopic herniorrhaphy // Surg. Laparosc. Endosc. – 1994. – Vol. 4. – P. 408-409.
19. Prywinski S., Zomrowski S., Kapala A., Mackiewicz Z. Inguia hernia repair by the tension free technigue of Lichtenstein Wiad Lek. – 1997. – Vol. 50, № 1. – P. 378-381.
20. Rutkow I.M. Laparoscopic hernia repaire: the socioeconomic tyranny of surgical technology//Arch. Surg.– 1999 p.