

УДК 617.55-007.43-089.844-052

*І.Я. Дзюбановський, В.І. П'ятночка, К.Г. Поляцко, О.В. Дмитрів***ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ РІЗНИХ ТИПІВ ПАХОВИХ ГЕРНІОПЛАСТИК***Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського*

Проаналізовано результати хірургічного лікування 378 хворих на первинну односторонню неускладнену пахову грижу оперованих за методиками Postempsky, Shouldice та Lichtenstein. Найменшу частоту пізніх поопераційних ускладнень та найвищу якість життя після первинної односторонньої планової пахової герніопластики відмічено у хворих оперованих за методикою Shouldice. Рекомендовано вважати дану методику операцією вибору у хворих на первинну пахову грижу.

Ключові слова: якість життя, пахова грижа, герніопластика, віддалений післяопераційний період.

Кількість пацієнтів, що страждають на пахову грижу в середньому складає 5% від усього населення без тенденції до зниження. В Україні щороку виконується близько 30000 пахових герніопластик з частотою рецидивування до 8-10%, які потребують повторно хірургічного втручання. Більшість публікацій стосовно лікування пахових гриж присвячені в основному висвітленням нових способів оперативних втручань та профілактиці рецидивувань [1, 2]. Проте рідко зустрічаються роботи з аналізом таких ускладнень після герніопластики як хронічний біль, ішемічний орхіт що призводить до атрофії яєчка, виникнення невриноом в ділянці післяопераційного рубця, водянка яєчка, порушення репродуктивної функції мужчин. Більшість пацієнтів, які звертаються за допомогою це люди працездатного та репродуктивного віку, які добре обізнані з сучасними методиками пахових герніопластик, та потребують швидкої і надійної реабілітації. Тому віддалені результати та пізні ускладнення планових герніопластик є вирішальними у оцінці якості виконання операційного втручання.

Мета дослідження – вивчити віддалені результати (пізні поопераційні ускладнення і якість життя пацієнтів) після планової пахової герніопластики, провести порівняльну оцінку результатів в групах пацієнтів оперованих традиційними методиками з використанням місцевих тканин, та безнатяжних пахових герніопластик з використанням сітчастих імплантів.

Матеріал та методи

Проведено обстеження та анкетування 378 пацієнтів оперованих з приводу пахової грижі

в 2006-2010 роках у клініці хірургії ФПО Тернопільського державного медичного університету на базі Тернопільської міської клінічної лікарні № 2 та на базі хірургічного відділення ВКЛ ст. Тернопіль.

Вивчали пізні поопераційні ускладнення та якість життя пацієнтів у груп пацієнтів оперованих пластиком місцевими тканинами (Postempsky, Shouldice) та ненатяжний метод герніопластики з використанням сітчастого імплантату (методика Lichtenstein).

Проводилось фізикальне обстеження пацієнтів, сонографічне обстеження ділянки післяопераційного рубця, дані сонографічного обстеження яєчка та доплерографія його судин порівнювали з аналогічними показниками протилежної сторони для діагностики ішемії та атрофії на стороні герніопластики.

Інтенсивність больового синдрому визначалась за допомогою візуальної аналогової шкали (VAS). Згідно якої 0 – біль відсутній, <3 см – незначний біль, 3-7 см – помірний біль, >7 см – інтенсивний біль (рис. 1).

Оцінку якості життя пацієнтів проводили за допомогою опитувача MOS SF-36 за наступними критеріями:

1. Physical Functioning (PF) – фізичне функціонування – відображає ступінь обмеження виконання фізичних навантажень (самообслуговування, хода, підйом по сходах, перенесення ваги і т.п.).

2. Role-Physical (RP) – вплив фізичного стану на рольове функціонування - виконання буденної діяльності.

3. Bodily Pain (BP) – вираженість больового синдрому.

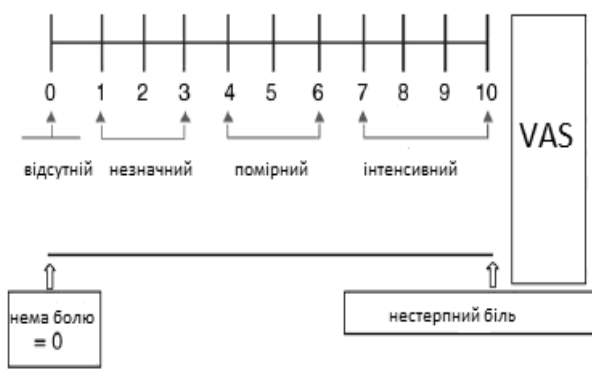


Рис. 1. VAS – візуальна аналогова шкала болю



4. General Health (GH) – загальний стан здоров'я – оцінка хворим свого стану здоров'я в даний момент і перспектив лікування.

5. Vitality (VT) – енергійність – відчуття себе повним сил та енергії чи, навпаки, знеси- леним.

6. Social Functioning (SF) – соціальне функ- ціонування – визначається ступенем, в якій фізичний або емоційний стан обмежує соці- альну активність (спілкування).

7. Role-Emotional (RE) – вплив емоційно- го стану на рольове функціонування – перед- бачає оцінку ступеня, в якій емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсяк- денної діяльності (включаючи великі витрати часу, зменшення обсягу роботи, зниження її якості і т. п.).

8. Mental Health (MH) – психічне здоров'я – характеризує настрій (наявність депресії, три- воги, загальний показник позитивних емо- цій).

В групу дослідження увійшли пацієнти лише з однією неускладненою паховою грижею. Вік хворих коливався від 18 до 64 років.

Результати та обговорення

Серед пізніх поопераційних ускладнень найчастіше нами спостерігався хронічний біль – у 40,5% оперованих пацієнтів, відчуття затерпання шкіри в ділянці п/о рубця, калитки та передньої поверхні стегна – 18,8%, відчут- тя стороннього тіла в паховій ділянці – 14,8%, атрофія та водянка яєчка – у 2,4 і 2,1% відпо- відно (див. табл.).

Серед пацієнтів оперованих за методикою

Postempsky інтенсивний біль в ділянці поопе- раційної рани спостерігався у 5,5% оперова- них, що у 2,6 рази частіше ніж у пацієнтів опе- рованих за методикою Lichtenstein. При вико- нанні герніопластики за Shouldice за даними анкетування, на інтенсивний біль не скаржи- в жоден з пацієнтів. Помірний біль стверджу- вали 5,4% і 6,4% пацієнтів оперованих за мето- диками Shouldice і Lichtenstein відповідно. До- стовірно вищим цей показник був у групі па- цієнтів оперованих за методикою Postempsky – 19,2%. Відсутність больового синдрому най- частіше зустрічалася у пацієнтів оперованих за методикою Shouldice – 63,6% випадків, у паці- єнтів оперованих за методиками Lichtenstein і Postempsky – 58,6% та 52,1% відповідно. Оче- видним є той факт, що при хірургічному ліку- ванні первинної неускладненої пахової грижі хронічний біль найменш виражений при ви- конанні герніопластики власними тканинами за Shouldice. За даними літератури причина- ми хронічного болю після пахової герніоплас- тики є пропущена грижа, формування неври- ном, захоплення в шов п. Ilioinguinalis та його ятрогенні ушкодження, ускладнення в ділянці імплантації сітки (сероми, нагноєння, змор- щування та міграція сітки) [3, 4, 6].

Захоплення нерва в шов є одним з найбільш розповсюджених причин хронічного болю пі- ля пахової герніопластики. Найчастіше захо- плюється п. ilioinguinalis оскільки лежить без- посередньо під апоневрозом зовнішнього ко- сого м'язу, і механізмом травми є підшиван- ня його до імплантованої сітки або ж втягнен- ня в рубцеву тканину, що часто зустрічається при виконанні герніопластики за Postempsky

Таблиця.

Частота пізніх післяопераційних ускладнень після різних способів пахової герніопластики

Ускладнення		Спосіб пахової герніопластики			
		за Postempsky	за Shouldice	за Lichtenstein	всього
Кількість оперованих		73 (19,3%)	165 (43,7%)	140 (37,0%)	378
Рецидив, (%)		5 (6,8%)	9 (5,5%)	7 (5,0%)	21 (5,6%)
Інтенсивність хронічного болю в балах за VAS	0 – нема болю	38 (52,1%)	105 (63,6%)	82 (58,6%)	225 (59,5%)
	<3 – незначний біль	17 (23,2%)	51(30,9%)	46 (32,9%)	114 (30,2%)
	3-7 – помірний біль	14 (19,2%)	9 (5,4%)	9 (6,4%)	32 (8,4%)
	>7 – інтенсивний біль	4 (5,5%)	0 (0,0%)	3 (2,1%)	7 (1,9%)
Відчуття стороннього тіла в паховій ділянці		12 (16,4%)	0 (0,0%)	44 (31,4%)	56 (14,8%)
Водянка яєчка		5 (6,8%)	1 (0,6%)	2 (1,4%)	8 (2,1%)
Атрофія яєчка		5 (6,8%)	2 (1,2%)	2 (1,4%)	9 (2,4%)
Відчуття затерпання шкіри в ділянці післяопераційного рубця		21 (28,8%)	20 (12,1%)	28 (20,0%)	71 (18,8%)

та Lichtenstein [7]. Знання анатомії та прецизійна хірургічна техніка дозволяє зберегти п.ilioinguinalis в переважній більшості випадків. Окремими дослідженнями доведено, що у технічно важких випадках під час виконання пахової герніопластики резекція п.ilioinguinalis супроводжується достовірно меншою частотою виникнення хронічного болю, ніж його захоплення в шов або ж травматизація [5, 8, 9].

Сенсорні волокна п.ilioinguinalis інервують шкіру пахової ділянки, медіальної поверхні стегна, верхнього полюсу калитки і корінь статевого члена [10, 11]. Відчуття затерпання шкіри в цих ділянках відчували 28,8% пацієнтів після герніопластики за Postempsky, 20,0% оперованих за методикою Lichtenstein і лише 12,1% – за методикою Shouldice.

Відчуття стороннього тіла в паховій ділянці турбують 31,4% хворих оперованих за методикою Lichtenstein, що в більшій кількості спостережень пов'язано з використанням «важких» поліпропіленових сіток. У хворих оперованих за Postempsky дана скарга зустрічається вдвічі рідше (16,4%) і обумовлена, на нашу думку, формуванням грубого рубця в ділянці герніопластики.

Особливу увагу заслуговує проблема атрофії яєчка після пахової герніопластики у па-

цієнтів репродуктивного періоду. Вважається, що головним критерієм визначення майстерності хірурга у виконанні пахової герніопластики є відсутність рецидивувань. Саме тому оператори надмірно формують надто вузьке внутрішнє пахове кільце при пластиці власними тканинами, що призводить до хронічної ішемії яєчка з наступним розвитком його атрофії. Маловідомим є феномен зморщування сітчастого імплантату, що не враховується при виборі розмірів отвору в сітці навколо сім'яного канатика. Саме тому тісне прилягання імплантату до сім'яного канатика з наступним зморщуванням сітки у віддаленому поопераційному періоді призводить до його здавлення, хронічної ішемії яєчка і наступної його атрофії. Дане ускладнення нами відмічено у 6,8% пацієнтів оперованих за методикою Postempsky, 1,4% і 1,2% пацієнтів оперованих за методиками Lichtenstein і Shouldice відповідно. Враховуючи цей факт хотілося б звернути увагу на тактику хірургічного лікування двобічних пахових гриж у пацієнтів репродуктивного періоду. З метою збереження репродуктивної функції вважаємо недоцільним виконання одномоментної двобічної герніопластики. На першому етапі хірургічного лікування виконуємо пластику грижі на стороні де більш виражений больовий синдром, або ж з

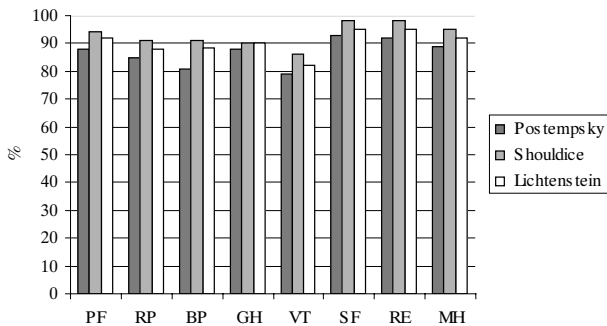


Рис. 2. Порівняльна оцінка якості життя пацієнтів у віддаленому поопераційному періоді після планових пахових герніопластик за Postempsky, Shouldice та Lichtenstein

більшим ризиком розвитку ускладнень. В терміні 6-12 місяців оцінюємо стан репродуктивної функції, проводимо сонографію та доплерографію яєчка. При отриманих позитивних результатах як другий етап виконуємо герніопластику на протилежній стороні.

Як наслідок лімфо-венозної недостатності спостерігали розвиток водянки яєчка у 6,8% пацієнтів оперованих за методикою Postempsky, 1,4% і 0,6% пацієнтів оперованих за методиками Lichtenstein і Shouldice відповідно. Дане ускладнення частіше спостерігалось у пацієнтів, яким під час герніопластики виконували резекцію т. cremaster.

Згідно отриманих даних можна ствердити, що частота пізніх поопераційних ускладнень у пацієнтів оперованих з приводу первинної односторонньої грижі за методикою Shouldice достовірно краща від показників групи оперованих за Lichtenstein та Postempsky (рис. 2.).

Згідно отриманих даних можна ствердити, що якість життя більшості пацієнтів котрі перенесли пахову герніопластику як традиційними методиками так і з використанням сітчастого імплантанта була високою. Проте найкращі результати за даними анкетування отримані в групі хворих оперованих за Shouldice, дещо нижчою якість життя була в групі хворих оперованих за Lichtenstein, а в групі пацієнтів оперованих за Postempsky показник якості життя був найнижчим.

Висновки

Якість життя більшості пацієнтів котрі перенесли пахову герніопластику як традиційними методиками так і з використанням сітчастого імплантанта була високою.

У пізньому післяопераційному періоді хронічний біль різного ступеню інтенсивності найчастіше зустрічається в групі хворих оперованих за Postempsky (47,9%), серед них також найчастіше відмічено скарги на відчуття затерпання шкіри в ділянці п/о рубця, калитки та передньої поверхні стегна (28,8%), атрофія (6,8%) та водянка (6,8%) яєчка. Відчуття стороннього тіла в паховій ділянці найчастіше зустрічалось серед пацієнтів оперованих за Lichtenstein (14,8%).

Найменшу частоту пізніх поопераційних ускладнень та найвищу якість життя після первинної односторонньої планової пахової герніопластики відмічено у хворих оперованих за методикою Shouldice, тому вважаємо дану методику операцією вибору у хворих на первинну неускладнену пахову грижу.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОСЛЕ РАЗНЫХ ТИПОВ ПАХОВЫХ ГЕРНИОПЛАСТИК

И.Я. Дзюбановский, В.И. Пятночка, К.Г. Поляцко, А.В. Дмитров

Проанализированы результаты хирургического лечения 378 больных первичной односторонней паховой грыжей оперированных по методикам Postempsky, Shouldice и Lichtenstein. Наименьшую частоту поздних послеоперационных осложнений и высшее качество жизни после первичной односторонней плановой паховой герниопластики отмечено у больных оперированных по методике Shouldice. Рекомендовано считать данную методику операцией выбора у больных с первичной паховой грыжей. **Ключевые слова:** качество жизни, паховая грыжа, герниопластика, отдаленный послеоперационный период.

EVALUATION OF LIFE QUALITY AFTER DIFFERENT TYPES OF INGUINAL HERNIOPLASTIES

I.Ya. Dzubanovskiy, V.I. Pyatnochka, K.G. Polyatsko, A.V. Dmytriv

The results of surgical treatment of 378 patients with primary unilateral inguinal hernia were operated according to the methods Postempsky, Shouldice and Lichtenstein. The lowest rate of postoperative complications and a higher quality of life after primary unilateral inguinal hernioplasty planned noted in patients operated on by the method of Shouldice. Recommended to consider this technique of choice in patients with primary inguinal hernia.

Key words: quality of life, inguinal hernia, hernioplasty, the late postoperative period.

ЛІТЕРАТУРА

1. Современные подходы к лечению паховых грыж. / А.Д. Тимошин, А.В. Юрасов, А.Л. Шестаков [и др.] // *Анналы хирургии.* – 2000. – № 5. – С. 13-16.
2. Федоров В.Д. Эволюция лечения паховых грыж / В.Д. Федоров, А.А. Адамян, В.Ш. Гогия // *Хирургия.* – 2000. – № 3. – С. 51-53.

3. Amid P.K. Causes, prevention, and surgical management of postherniorrhaphy neuropathic inguinodynia: Triple neurectomy with proximal end implantation / P.K. Amid // *Hernia*. – 2004. – Vol. 8. – P. 343-9.
4. Dennis R. Risk factors for chronic pain after inguinal hernia repair. / R. Dennis, D. O’Riordan // *Ann R Coll Surg Engl*. – 2007. – Vol. 89. – P. 218-20.
5. Dittrick G.W. Routine ilioinguinal nerve excision in inguinal hernia repairs. / G.W. Dittrick, K. Ridl, J.A. Kuhn, T.M. McCarty // *Egyptian Journal of Surgery*. – 2004. – Vol. 188. – P. 736-40.
6. Grant A.M. Five-year follow-up of a randomized trial to assess pain and numbness after laparoscopic or open repair of groin hernia. / A.M. Grant, N.W. Scott, P.J. O’Dwyer // *Br J Surg*. – 2004. – Vol. 91. – P. 1570-4.
7. Madura J.A. Inguinal neurectomy for inguinal nerve entrapment: an experience with 100 patients / J.A. Madura, J.A. Madura II, C.M. Copper, R.M. Worth. // *Am J Surg*. – 2005. – Vol. 189. – P. 283-7.
8. Ilioinguinal nerve excision in open mesh repair of inguinal hernia – results of a randomized clinical trial: simple solution for a difficult problem? / F. Malekpour, S.H. Mirhashemi, E. Hajinasrolah [et al.] // *Am J Surg*. – 2008. – Vol. 195. – P. 735-40.
9. Prophylactic ilioinguinal neurectomy in open inguinal hernia repair: a double-blind randomized controlled trial / W.L. Mui, C.S. Ng, T.M. Fung [et al.] // *Ann Surg*. 2006. – Vol. 244. – P. 27-33.
10. Prevention of postherniorrhaphy persistent pain: results of a prospective study. / G. Pappalardo, A. Guadalaxara, G. Illomei [et al.] // *Int Surg*. – 1999. – Vol. 84. – P. 350-353.
11. Wantz G.E. Testicular atrophy and chronic residual neuralgia as risks of inguinal hernioplasty / G.E. Wantz // *Surg Clin North Am*. – 1993. – Vol. 73. – P. 571-81.

Стаття надійшла 02.03.2011