



УДК 616.34-007.43-031:611.957]-072.1-06

Я. П. Фелештинський, В. Ф. Ватаманюк,
С. А. Свиридовський, А. В. Коханевич

ПРИЧИНИ ТА ПРОФІЛАКТИКА РЕЦИДИВІВ ПАХВИННИХ ГРИЖ ПРИ ТРАНСАБДОМІНАЛЬНІЙ ПРЕПЕРИТОНЕАЛЬНІЙ АЛОПЛАСТИЦІ

Національна медична академія післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика, Київ, Україна

УДК 616.34-007.43-031:611.957]-072.1-06

Я. П. Фелештинский, В. Ф. Ватаманюк, С. А. Свиридовский, А. В. Коханевич

ПРИЧИНЫ И ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ПАХОВЫХ ГРЫЖ ПРИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ ПРЕПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ АЛЛОПЛАСТИКЕ

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика, Киев, Украина

Проведен анализ хирургического лечения паховых грыж с использованием трансабдоминальной преперитонеальной аллопластики (ТАПП) у 86 мужчин в возрасте от 25 до 75 лет. В первой группе (43 больных) выполнялась классическая ТАПП, во второй (43 больных) — усовершенствованная нами ТАПП. Усовершенствованная ТАПП отличалась от классической тем, что сетчатый имплантат “ultrapro” размерами 12 × 15 см размещали на 3–4 см ниже связки Купера и подвздошных сосудов. На уровне подвздошных сосудов сетчатый имплантат “ultrapro” фиксировали акриловым клеем. Непосредственные результаты в обеих группах были сопоставимыми: серома брюшной стенки выявлена у 2 (4,6 %) больных первой группы и у 3 (6,9 %) больных второй группы, гематома мошонки — у 3 (6,9 %) в первой группе и у 2 (4,6 %) во второй группе. Отдаленные результаты от 1 до 5 лет изучены у 30 больных первой группы и у 31 — второй, рецидивы выявлены только у 3 (10 %) больных первой группы.

Ключевые слова: паховая грыжа, ТАПП, рецидивы, профилактика рецидивов.

UDC 616.34-007.43-031:611.957]-072.1-06

Ya. P. Feleshtynskiy, V. F. Vatamanyuk, S. A. Svyrydovskiy, A. V. Kokhanevych

CAUSES AND PREVENTION OF RELAPSE IN TRANSABDOMINAL PRE-PERITONEAL ALLOPLASTY OF INGUINAL HERNIAS

P. L. Shupik National Medical Academy of Post-graduate Education, Kyiv, Ukraine

The aim of this work was to improve the results of surgical treatment of inguinal hernias using TAPP.

Materials and methods. The analysis of surgical treatment of inguinal hernias using TAPP in 86 patients male aged 25 to 75 years. In the first group (43 patients) were performed classical TAPP, the second (43 patients) improved TAPP. Advanced TAPP differed from the classical fact that the mesh “ultrapro” implant 12 × 15 cm was placed 3–4 cm below the Cooper ligament and iliac vessels. At the level of the iliac vessels it was fixed with acrylic adhesive.

Results and discussion. Immediate results were comparable: seroma of the abdominal wall was detected in 2 (4.6%) patients of the first group and 3 (6.9%) patients of the second group, scrotal hematoma — 3 (6.9%) in the first group and 2 (4.6%) patients of the second group. Long-term results from 1 to 5 years were studied in 30 patients of the first group and 31 — second one, the relapses were detected only in 3 patients (10%) of the first group. This result has been achieved thanks to a more robust strengthening of the defect in the inguinal area preperitoneal posted by mesh implant and mobilization preperitoneal space of 3–4 cm below the ligament of Cooper.

Conclusions. The use of advanced transabdominal preperitoneal alloplastic by a wider overlap area at the level of the Cooper’s ligament and iliac vessels mesh implant and the fixation of acrylic adhesive ensures reliability alohernioplastics and prevention of recurrence of inguinal hernias.

Key words: inguinal hernia, recurrence, prevention TAPP, mesh implant.



Вступ

Лапароскопічна трансабдомінальна преперитонеальна (TAPP) алопластика при пахвинних грижах за останні роки все ширше впроваджується в хірургічну практику. Це пов'язано з малотравматичністю цього хірургічного втручання та більш швидкою післяопераційною реабілітацією порівняно з операцією Ліхтенштейна [2; 3; 9]. Водночас частота рецидивів пахвинних гриж після TAPP становить 3,5–10 % [1; 3; 5; 7].

Однією з причин виникнення рецидивів після TAPP вважають технічні помилки виконання операції, які пов'язані з розміщенням і фіксацією сітчастого імплантата в період оволодіння методикою цього виду втручання [2; 3; 4; 7]. Відпрацювання методики TAPP і набуття досвіду покращують результати лікування пахвинних гриж, але частота рецидивів залишається високою [4; 6; 8]. У більшості випадків причиною рецидиву пахвинної грижі після TAPP є недостатнє закриття сітчастим імплантатом латеральної пахвинної ямки по нижньому краю дефекту [2; 6; 9]. Це пов'язують з малим розміром імплантата та неможливістю його фіксації на рівні клубових судин [5; 6; 8].

У наших клінічних спостереженнях ця точка зору була підтверджена шляхом лапароскопії у 5 хворих із рецидивними пахвинними грижами після TAPP. Результати лапароскопії показали, що у всіх хворих грижовий дефект виявлено по нижньому краю сітчастого імплантата на рівні зв'язки Купера та клубових судин. В одного хворого зафіксовано зморщування нижнього краю сітчастого імплантата, який добре проріс сполучною тканиною. Отримані результати лапароскопії та дані літератури підтверджують той факт, що при виконанні традиційної TAPP не завжди вдається в достатній мірі закрити сітчастим імплантатом класичного розміру 8 × 12 см потенційно слабке місце на рівні клубових судин.

На наш погляд, удосконалення TAPP підвищить ефективність цієї операції та сприятиме зниженню частоти рецидивів.

Мета роботи — покращання результатів хірургічного лікування пахвинних гриж із використанням TAPP.

Матеріали та методи дослідження

Проведено аналіз хірургічного лікування пахвинних гриж із використанням TAPP у 86 хворих віком від 25 до 75 років за період з 2010 по 2014 рр. Усі хворі були чоловічої статі. Коса пахвинна грижа діагностована у 51 (59,3 %) хворого, у тому числі пахвинно-мошонкова — у 11 (21,6 %), пряма — у 35 (40,7 %), у тому числі двобічна — у 9 (17,6 %), комбінована (панталонна) пахвинна грижа — у 16 (19,2 %) хворих. Залежно від методики TAPP хворі були розділені на дві групи. У першій групі (43 хворих) виконували класичну методику TAPP. У другій групі (43 хворих) — удосконалену нами методику TAPP. Для знеболення застосовували загальний наркоз з міорелаксантами. Групи хворих були порівнянними за віком і локалізацією пахвинної грижі.

При виконанні класичної TAPP у хворих першої групи після мобілізації грижового мішка клапоть парієтальної очеревини в нижніх відділах мобілізували на рівні зв'язки Купера та клубових судин. Сітчастий імплантат "ultrapro" по нижньому краю розмірами 8 × 12 см на рівні зв'язки Купера, клубових судин розміщували і фіксували герніостеплером у класичних точках (8–10). У хворих другої групи виконували удосконалену нами TAPP, яка відрізнялася від класичної тим, що мобілізацію парієтальної очеревини виконували на 3–4 см нижче зв'язки Купера та на 3–4 см нижче клубових судин. Сітчастий імплантат "ultrapro" розміщували на 3–4 см нижче зв'язки Купера та клубових судин. Фіксація сітки герніостеплером "Protack" була класич-

ною. Крім цього, на рівні клубових судин сітчастий імплантат фіксували акриловим клеєм. Операцію завершували дренажуванням простору біля сітки поліхлорвініловим дренажем і закриттям дефекту парієтальної очеревини. У післяопераційному періоді з метою знеболення призначали дексалгін, дренаж видаляли на другу добу після операції.

Результати дослідження та їх обговорення

Безпосередні результати хірургічного лікування хворих із пахвинними грижами з використанням класичної TAPP та удосконаленої нами TAPP були порівнянними. Так, серед хворих першої групи серома передочеревинного простору пахвинної ділянки була діагностована під час ультразвукового дослідження у 2 (4,6 %), у другій групі — у 3 (6,9 %) випадках. Гематома мошонки у першій групі спостерігалася в 1 (2,3 %), а у другій групі — у 2 (4,6 %) хворих. Післяопераційний біль у хворих обох груп був порівнянним і помірним та не потребував використання наркотичних анагетиків. Серома передочеревинного простору у хворих першої та другої груп із середнім об'ємом рідини (20,0±4,5) мл була ліквідована шляхом призначення нестероїдних протизапальних препаратів (диклоберл, німесил) протягом (7,0±1,1) дня. Для лікування гематоми мошонки, яка спостерігалася лише у хворих із пахвинно-мошонковими грижами, використовували місцеві препарати (ліотон-гель, долобене-гель), що сприяло її ліквідації протягом (10,0±±2,3) дня. Термін перебування у стаціонарі після операції у хворих першої групи становив (1,8±0,6) дня, а другої групи — (1,8±0,5) дня.

Таким чином, безпосередні результати виконання TAPP у хворих першої групи й удосконаленої TAPP у хворих другої групи суттєво не відрізнялися і були порівнянними.

Щодо віддалених результатів лікування, то вони були ви-



вчені у термін від 1 до 5 років у 30 хворих першої групи, яким виконувалася класична TAPP, та у 31 хворого другої групи після виконання удосконаленої нами TAPP. Віддалені результати вивчали шляхом анкетування (за спеціально розробленою анкетною), повторних оглядів і виконання ультразвукового дослідження передньої черевної стінки та черевної порожнини. Із 30 обстежених хворих першої групи хронічний післяопераційний пахвинний біль спостерігався у 2 (6,6 %), із 31 обстеженого хворого другої групи — також у 2 (6,4 %). Ці ускладнення були ліквідовані шляхом виконання блокад з гідрокортизоном у ділянках больових точок і призначення нестероїдних протизапальних препаратів (диклоберл, німесил). У 3 (9,6 %) хворих першої групи із 30 обстежених через 1–3 міс. після операції було виявлено рецидив пахвинної грижі, що підтверджувалось ультразвуковим дослідженням. Серед 31 обстеженого хворого другої групи після виконання удосконаленої нами TAPP рецидиву пахвинної грижі не виявлено.

Такий результат досягнуто завдяки надійному укріпленню дефекту пахвинної ділянки шляхом більш широкої мобілізації преперитонеального простору та більш широкого перекриття сітчастим імплантатом медіальної та латеральної пахвинної ямок. Використання ширшого на 4 см та довшого на 3 см сітчастого імплантата дозволило оптимально перекрити нижній край пахвинного дефекту на рівні клубових судин, що є слабким місцем щодо утворення повторного грижового дефекту. Крім цього, фіксація нижнього краю сітчастого імплантата з використанням акрилового клею на рівні клубових судин запобігає його зморщуванню та міграції. Усе це забезпечує оптимізацію закриття дефекту пахвинної ділянки та ліквідує потенційно слабе місце для рецидивування пахвинної грижі.

Висновки

1. Однією з основних причин рецидиву пахвинної грижі після трансабдомінальної преперитонеальної алопластики є недостатнє перекриття сітчастим імплантатом нижнього краю дефекту на рівні зв'язки Купера та клубових судин.

2. Використання удосконаленої трансабдомінальної преперитонеальної алопластики шляхом більш ширшого перекриття ділянки на рівні зв'язки Купера та клубових судин сітчастим імплантатом і його фіксації акриловим клеєм забезпечують надійність алогерніопластики та профілактику рецидивів пахвинних гриж.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Белянський Л. С.* Інтерпретація рекомендацій Європейської асоціації герніологів по проблемам лічення пахової грыжі / Л. С. Белянський, И. М. Тодуров // *Клінічна хірургія*. – 2010. – № 3. – С. 5–9.

2. *Грубнік В. В.* Лапароскопічна герніопластика як метод вибору хірургічного лікування рецидивних пахвинних гриж / В. В. Грубнік, З. Д. Бугридзе, К. О. Воротинцева // *Львівський медичний часопис*. – 2009. – № 3. – С. 39–42.

3. *Ничитайло М. Е.* Современные аспекты эндовидеохирургического лечения сложных и рецидивных паховых грыж / М. Е. Ничитайло, И. И. Булик // *Клінічна хірургія*. – 2010. – № 3. – С. 10–16.

4. *Диференційований підхід до преперитонеальної алопластики з приводу складних рецидивних пахвинних гриж* / Я. П. Фелештинський, В. І. Мамчич, С. А. Свиридовський [та ін.] // *Клінічна хірургія*. – 2010. – № 3. – С. 17–20.

5. *Фелештинський Я. П.* Оцінка ефективності різних способів алопластики при пахвинних грижах / Я. П. Фелештинський, С. А. Свиридовський // *Хірургія України*. – 2011. – № 3. – С. 111–113.

6. *Incidence of contralateral occult inguinal hernia found at the time of laparoscopic trans-abdominal pre-peritoneal (TAPP) repair* / K. J. Griffin, S. Harris, T. Y. Tang [et al.] // *Hernia*. – 2010. – Vol. 14. – P. 345–349.

7. *Transabdominal pre-peritoneal (TAPP) versus totally extraperitoneal (TEP) laparoscopic techniques for inguinal hernia repair: a systematic review* / K. McCormack, B. L. Wake, C. Fraser [et al.] // *Hernia*. – 2005. – Vol. 9. – P. 109–114.

8. *Transabdominal pre-peritoneal (TAPP) vs totally extra-peritoneal (TEP)*

laparoscopic techniques for inguinal hernia repair / B. L. Wake, K. McCormack, C. Fraser [et al.] // *Cochrane Database Syst Rev* (1). – 2005. – CD004703.

9. *Advantages of laparoscopic transabdominal preperitoneal herniorrhaphy in the evaluation and management of inguinal hernias* / Y. W. Novitsky, D. R. Czerniach, K. W. Kercher [et al.] // *Am J Surg*. – 2007. – Vol. 193, N 4. – P. 466–470.

REFERENCES

1. *Beliansky L.S., Todurov I.M.* The interpretation of the recommendations of the European Association of herniology on the treatment of inguinal hernia repair. *Klinichna Khirurgia* 2010; 3: 5-9.

2. *Grubnik V.V., Bugridze Z.D., Vortyntseva K.O.* Laparoscopic hernioplasty as a method of choice for the surgical treatment of recurrent inguinal hernias. *The Lviv Medical Journal* 2009; 3: 39-42.

3. *Nichitailo M.E., Bulik I.I.* Modern aspects of assisted surgery for the treatment of complex and recurrent inguinal hernias. *Klinichna Khirurgia* 2010; 3: 10-16.

4. *Feleshtinsky Ya.P., Mamchich V.I., Sviridovskiy S.A., Vatamaniuk V.F.* Differentiated approach to preperitoneal alloplastic about complex and recurrent inguinal hernias. *Klinichna Khirurgia* 2010; 3: 17-20.

5. *Feleshtinsky Ya.P., Sviridovskiy S.A.* Evaluation of the effectiveness of different ways alloplastic with inguinal hernias. *Khirurgia Ukrainy* 2011; 3: 111-113.

6. *Griffin K.J., Harris S., Tang T.Y., Skelton N., Reed J.B., Harris A.M.* Incidence of contralateral occult inguinal hernia found at the time of laparoscopic trans-abdominal pre-peritoneal (TAPP) repair. *Hernia* 2010; 14: 345-349.

7. *McCormack K., Wake B.L., Fraser C., Vale L., Perez J., Grant A.* Transabdominal pre-peritoneal (TAPP) versus totally extraperitoneal (TEP) laparoscopic techniques for inguinal hernia repair: a systematic review. *Hernia* 2005; 9: 109-114.

8. *Wake B.L., McCormack K., Fraser C., Vale L., Perez J., Grant A.M.* Transabdominal pre-peritoneal (TAPP) vs totally extra-peritoneal (TEP) laparoscopic techniques for inguinal hernia repair. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 1: CD004703.

9. *Novitsky Y.W., Czerniach D.R., Kercher K.W., Kaban G.K., Gallagher K.A., Kelly J.J., Heniford B.T., Litwin D.E.* Advantages of laparoscopic transabdominal preperitoneal herniorrhaphy in the evaluation and management of inguinal hernias. *Am J Surg* 2007; 193 (4): 466-470.

Надійшла 17.02.2015 р.

