

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Грубник В.В., Черномаз Р.В., Воротынцева К.О.

Отделение хирургии, Одесская областная клиническая больница, Одесский национальный медицинский университет, Украина

Введение

Совершенно новым методом хирургического лечения рецидивных паховых грыж с начала 1990 года является лапароскопическая герниорафия. Основным отличием открытой операции от лапароскопической является тот факт, что сетчатый трансплантат при лапароскопической операции устанавливается с внутренней стороны грыжевого дефекта. В послеоперационном периоде у пациентов, которые были оперированы лапароскопическим методом отмечается снижение болевого синдрома, быстрее возвращение к обычным физическим нагрузкам, а также значительно меньшее количество рецидивов [3, 7]. Частота рецидивов паховых грыж при использовании операции Лихтенштейна с использованием различных сетчатых трансплантатов составляет от 5-9% [2, 3]. Количество рецидивов после операций по поводу рецидивных паховых грыж составляет от 8 до 34% [6]. Некоторые авторы предлагают использовать преперитонеальную пластику по методу Стопа [1, 2, 5]. Но недостаток этого метода заключается в том, что он достаточно травматичный, а также сопровождается большим количеством серьезных послеоперационных осложнений таких как серомы, гематомы и заживления раны. Операции по поводу рецидивных паховых грыж являются достаточно сложными, и требуют наличие определенных навыков оперирующего хирурга и знаний нормальной анатомии. Лапароскопическая герниопластика рецидивных паховых грыж является эффективным методом лечения, однако для ее выполнения необходимо определенные навыки и опыт оперирующего хирурга, так как при выделении элементов семенного канатика из рубцовых тканей возможно повреждение анатомически важных структур с развитием серьезных тяжелых осложнений [6]. Для определения какой метод лапароскопической пластики является наиболее эффективным, в нашей клинике было проведено сравнительное рандомизированное исследование.

Цель исследования — определить наиболее оптимальный метод хирургической операции с наименьшим количеством осложнений при лечении рецидивных паховых грыж.

Материалы и методы

На базе Одесской областной клинической больницы в период с 2007 года по 2012 год было прооперировано 92 пациента с рецидивными паховыми грыжами. Всем пациентам изначально была выполнена операция Лихтенштейна с использованием полипропиленовых сеток. У 17 пациентов причиной рецидива было нагноение послеоперационной раны, у 34 пациентов — использование сеток маленьких размеров, и у 41 пациента — нарушением техники выполнения операции Лихтенштейна. Для подтверждения диагноза рецидивной паховой грыжи всем пациентам в обязательном порядке выполняли ультразвуковую диагностику зоны пахового канала. В некоторых случаях для подтверждения диагноза требовалось выполнение компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии органов малого таза. Выраженный болевой синдром и наличие грыжевого выпячивания был у 44 больных. У 10 больных которые жаловались на иррадиацию боли в мошонку и яичко была назначена консультация уролога. У 12 пациентов была выявлена аденома предстательной железы без тяжелых нарушений диуреза, и у 28 пациентов — хронический простатит.

Рандомизация выполнялась слепым методом, ни хирург, ни пациент не знали до операции, каким способом будет выполнена пластика пахового канала. В день операции пациенту сообщали какой метод будет применен. Все операции по поводу рецидивных паховых грыж проводили опытные хирурги, которые владели как методикой открытой пластики, так и методикой лапароскопической пластики рецидивных паховых грыж.

Для проведения данного исследования 92 пациента были разделены на две группы. В группе I, у 50 больных, была выполнена лапароскопическая трансабдоминальная преперитонеальная пластика TAPP. Брюшина над грыжевым дефектом отсекалась, выделены грыжевой мешок, который отделили от элементов семенного канатика. В обязательном порядке с грыжевого канала извлекался липома, которая сопровождала грыжевой мешок, пластика внутреннего кольца грыжевого дефекта выполнялась с помощью сетчатых трансплантатов. В данной группе больных использовали два типа сеток, у 28 пациентов использовали полипропиленовые сетки размером 10x15 см, которые фиксировали такерами. У 22 пациентов использовали облегченные полипропиленовые сетки с нитиловым каркасом, которые благодаря своей форме плотно прилегали к тканям пахового канала и не требовали дополнительной фиксации. После установки сеток в предбрюшинное пространство восстанавливали целостность париетальной брюшины, с помощью непрерывного вкрученного шва с интракорпоральным завязыванием узлов.

Таблица 1. Характеристика операций

	Группа I, (n=50)	Группа II, (n=42)	P, value
Средняя длительность операций (мин.)	68±7	87±18	>0,05
Средняя длительность нахождения в стационаре (дни)	2,5±1,2	5±2,1	<0,05
Время через которое пациенты могли вернуться к обычным физическим нагрузкам (дни)	5,7±3,1	14,3±5,2	<0,05

Таблица 2. Послеоперационные осложнения

	Группа I, (n=50)	Группа II, (n=42)	P, value
Отек мошонки	10 (20%)	13 (30%)	>0,05
Атрофия яичка	0	6 (12%)	<0,05
Гематома	5 (10%)	9 (21%)	<0,05
Серома	5 (10%)	17 (40%)	<0,01
Грижеподобное выпячивание	8 (16%)	6 (14%)	>0,1
Умеренные болевой синдром	9 (18%)	12 (28%)	>0,1
Выраженный болевой синдром	1 (2%)	29 (69%)	<0,01
Рецидив	0	5 (12%)	<0,01

В группе II, 42 пациентам, выполняли операцию по модифицированной методике Лихтенштейна, которая отличалась от классической тем, что установленный сетчатый трансплантат при первой операции в некоторых случаях вырезался, а в тех случаях, когда выделение трансплантата было технически сложным или невозможным устанавливали новый сетчатый трансплантат, сверху первого. При выполнении открытого метода операции вырезали старый послеоперационный рубец, рассекали апоневроз и выделяли элементы семенного канатика, после чего вправляли грыжевой мешок. Этот этап операции был технически сложным и опасным и требовал большого опыта оперирующего хирурга для предотвращения повреждения сосудов и нервов семенного канатика. Для закрытия грыжевого дефекта использовали достаточно большие сетки размером 10x15 см, сетку подшивали к пупартовой связке и к апоневрозу нерассасывающимися швами.

Результаты и обсуждение

Ни в одном случае при выполнении лапароскопических операций не было конверсии. Продолжительность лапароскопических операций была 68±7 минут, продолжительность открытой — 87±18 минут (табл. 1). У 26 пациентов при выполнении открытой операции выделения грыжевого мешка от элементов семенного канатика было технически сложным, что было обусловлено сравнением грыжевого мешка с сетчатым трансплантатом. Для предотвращения повреждения структур семенного канатика часть сетчатого трансплантата иссеклась, а часть оставалась in situ. В случаях, когда использовали сетки нитиловым каркасом, фиксацию не выполняли благодаря тому, что края нитиловой рамки плотно упирались в ткани пахового канала. Выраженный болевой синдром наблюдался лишь у одного пациента группы I, которому была установлена сетка из нитиловым каркасом большого размера, но после назначения ненаркотических анальгетиков боль прекратилась. Все пациенты этой лапароскопической группы были удовлетворены ранними послеоперационными результатами. При наблюдении за пациентами в отдаленные сроки ни в одном случае не было выявлено рецидива грыжи. 8 пациентов имели жалобы на наличие грижеподобного выпячивания при кашле, но при выполнении УЗИ у этих пациентов четко наблюдался сетчатый трансплантат и не было обнаружено рецидива грыжи (табл. 2).

В группе II, 42 пациентам была выполнена открытая герниопластика, продолжительность этой операции была немного больше чем лапароскопической, что объясняется техническими сложностями выделения из рубцов рецидивной грыжи краев апоневроза, сетчатого трансплантата и паховой связки (табл. 2). Выраженный болевой синдром наблюдался у 29 пациентов этой группы. Этим пациентам было необходимо назначение наркотических анальгетиков в первые дни после операции. Гематомы в области послеоперационной раны были у 9 пациентов, выраженный отек мошонки у 13 пациентов. У 6 больных была обнаружена атрофия яичка. Серомы в подложной клетчатке были сформированы в 17 пациентов. При наблюдении за пациентами этой группы в срок более 36 месяцев, у 5 пациентов был выявлен рецидив грыжи (табл. 2).

При сравнении двух рандомизированных групп пациентов, которым была выполнена лапароскопическая и открытая операции по поводу рецидивных паховых грыж нами были выявлены четкие преимущества лапароскопических операций. Отсутствие серьезного болевого синдрома у пациентов после лапароскопических методов пластик объясняется меньшей травматичностью вмешательства, а также при использовании сеток с нитиловым каркасом отсутствием фиксации сеток [3, 9]. Несмотря на то что лапароскопическая герниопластика требует наличия отдельных навыков выполнения, продолжительность лапароскопической операции была несколько короче — 68±7 минуты, чем открытая операция — 87±18 минут. Эта разница в продолжительности операции статистически недостоверна, хотя снижение времени операции при лапароскопических вмешательствах четко проявилось. Необходимо отметить что для успешного выполнения лапароскопической пластики рецидивных паховых грыж необходимо наличие опыта оперирующего хирурга [8]. Это объясняется тем, хирурги которые не обладают достаточным опытом, при выделении семенного канатика из рубцовых тканей пахового канала могут повредить важные сосуды и нервы. Наиболее важным является тот факт, что после лапароскопических операций не было рецидива грыжи, в то время как после открытой операций частота рецидивов составила 9,5%.

Выводы

Пациенты которые были прооперированы с использованием лапароскопических методов имеют определенные преимущества в продолжительности выполнения операции, количестве послеоперационных осложнений, наличии болевого синдрома и самое главное что у этих больных отсутствует рецидив грыжи. В техническом плане лапароскопическая герниорафия менее сложная чем открытая операция, открытые операции достаточно травматичны, потому что есть технические проблемы при выделении элементов семенного канатика из рубцовых тканей. Лапароскопические операции обеспечивают надежную пластику грыжевого дефекта. Однако необходимы дальнейшие исследования показывающие преимущества лапароскопической методики в плане как при сравнении ранних так и отдаленных результатов.

Литература

1. Грубник В.В., Лосев А.А., Баязитов Н.Р., Парфентьев П.С. (2001) Современные методы лечения брюшных грыж. (Киев). "Заорв'т". 280 с.
2. Amid P.K. (2003) The Lichtenstein repair in 2002: an overview of causes of recurrence after Lichtenstein tension-free hernioplasty. *Hernia*. 7: 13-16
3. Bittner R., Gmahle E., Gmahle B., et al. (2010) Lightweight mesh and noninvasive fixation: an effective concept for prevention of chronic pain with laparoscopic repair (TAPP) *Surg Endosc*. 24: 2958-2964
4. Eklund A., Rudberg C., Leijonmarck C.E., et al. (2007) Recurrent inguinal hernia: randomized multicenter trial comparing laparoscopic and Lichtenstein repair. *Surg Endosc*. 21: 4: 634-640
5. Elsebae M.M., Nasr M., Said M. (2008) Tension-free repair versus Bassini technique for strangulated inguinal hernia: a controlled randomized study. *Int J Surg*. 6: 302-305
6. Keidar A., Kanitkar S., Szold A. (2002) Laparoscopic repair of recurrent inguinal hernia *Surg Endosc*. 16: 1708-1712
7. Kurzer M., Belsham P.A., Kark A.E. (2002) Prospective study of open preperitoneal mesh repair for recurrent inguinal hernia. *Br J Surg*. 89: 90-93
8. Lovisetto F., Zonta S., Rota E., et al. (2007) Laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP) hernia repair: surgical phases and complications. *Surg Endosc*. 21: 4: 646-652
9. Vironen J., Nieminen J., Eklund A., et al. (2006) Randomized clinical trial of Lichtenstein patch or Prolene Hernia System for inguinal hernia repair. *Br J Surg*. 93: 33-39