

УДК 617.557-007.43-089

Р.П. Кнут

Буковинський державний медичний
університет, м. Чернівці

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ ФУНКЦІОНАЛЬНО-АДАПТИВНОЇ ФІКСАЦІЇ АЛОТРАНСПЛАНТАТА В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПАХВИННИХ ГРИЖ

Ключові слова: пахвинні грижі, герніопластика, метод функціонально-адаптивної фіксації алотрансплантату, альбуміновий хірургічний клей.

Резюме. На основі аналізу результатів лікування 135 хворих, у порівняльному аспекті вивчено ефективність застосування методу функціонально-адаптивної фіксації алотрансплантата в хірургічному лікуванні пахових гриж. Отримані результати свідчать про високу ефективність методу, що полягає у зниженні кількості ускладнень та рецидивів при операціях із приводу пахових гриж, а також покращанні рівня життя, даної категорії хворих.

Вступ

Упродовж останніх років у літературі широко обговорюється проблема застосування алотрансплантатів у хірургічному лікуванні пахвинних гриж [1-4]. Ненатяжні методи пластики доводять свою ефективність порівняно із методами пластики за допомогою власних тканин, проте, кількість ускладнень, пов'язаних із жорсткою фіксацією алотрансплантату за допомогою лігатур і досі залишається значною [2, 4]. Одними із напрямків профілактики даної категорії ускладнень є застосування "безшовних" методів пластики та застосування біологічних хірургічних клеїв для фіксації алотрансплантатів замість проленових лігатур, зокрема, застосування методу функціонально-адаптивної фіксації (ФАФ) алотрансплантату, що полягає у індивідуальному підході до вибору форми та розміру алотрансплантату відповідно до топографо-анатомічних особливостей будови пахвинної ділянки та застосуванні хірургічного клею для його фіксації [5,6].

Мета дослідження

Встановити ефективність застосування методу ФАФ у хірургічному лікуванні пахвинних гриж.

Матеріал і методи

Проведене дослідження результатів лікування 127 хворих чоловічої статі із односторонніми неускладненими первинними пахвинними грижами (типи II та III за класифікацією Gilbert - Rutkow) та без вираженої супутньої патології. Середній вік хворих становив $34,6 \pm 3,17$ років. При проведенні оперативних втручань, в основному, застосовувалася місцева анестезія.

При виконанні оперативних втручань хворим проведена пластика пахвинного каналу із застосуванням різних методів, за якими усі хворі розподі-

© Р.П. Кнут, 2007

лені на три групи. Першу групу склали 52 хворих, яким виконано пластику із застосуванням власних тканин. Другу групу склали 46 хворих, яким виконана пластика за I.L. Lichtenstein із застосуванням проленових лігатур для фіксації алотрансплантата. До третьої групи увійшли 29 хворих, яким виконано пластику за допомогою методу ФАФ, із застосуванням альбумінового хірургічного клею для фіксації алотрансплантата [2,6,7].

Результати проведеного лікування оцінювалися упродовж перебування хворих у стаціонарі та протягом 12 місяців з часу операції. У післяопераційному періоді оцінювалися такі показники ефективності лікування, як тривалість післяопераційного больового синдрому, розвиток синдрому тривалого пахвинного болю (СТПБ), відчуття стороннього тіла, відновлення базової активності та повне відновлення працездатності, розвиток таких ускладнень раннього та пізнього післяопераційного періоду, як розвиток сером, гематом, нагноєння післяопераційної рани, зміна положення алотрансплантату (визначалася за власною методикою), а також виникнення рецидиву захворювання [8].

Обговорення результатів дослідження

Результати дослідження (рис. 1-3) свідчать, що у пацієнтів першої групи спостерігався розвиток наступних основних ускладнень: у п'яти випадках (9,6%) спостерігалася утворення сером, у двох (3,9%) - гематом і у двох (3,9%) - нагноєння операційної рани. У трьох (5,8%) хворих даної групи виник рецидив захворювання. Післяопераційний біль тривав у середньому $52,04 \pm 3,62$ год, у чотирьох (7,7%) хворих спостерігався розвиток СТПБ. Відновлення базової активності спостерігалася через $6,2 \pm 0,54$ діб, а повне відновлення працездатності - через $47,2 \pm 1,64$ діб.

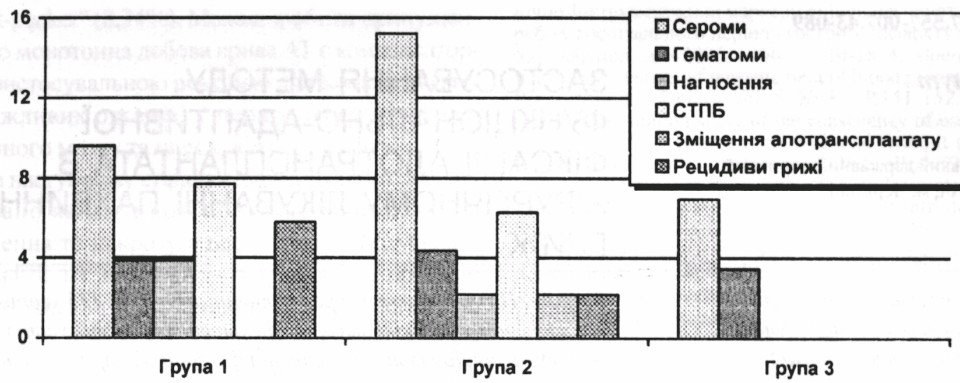


Рис. 1. Виникнення ускладнень після операцій із приводу пахвинних гриж при застосуванні різних методів пластики (% , n=135)



Рис. 2. Тривалість болю в ділянці операційної рани після операцій із приводу пахвинних гриж при застосуванні різних методів пластики (год., n=135)

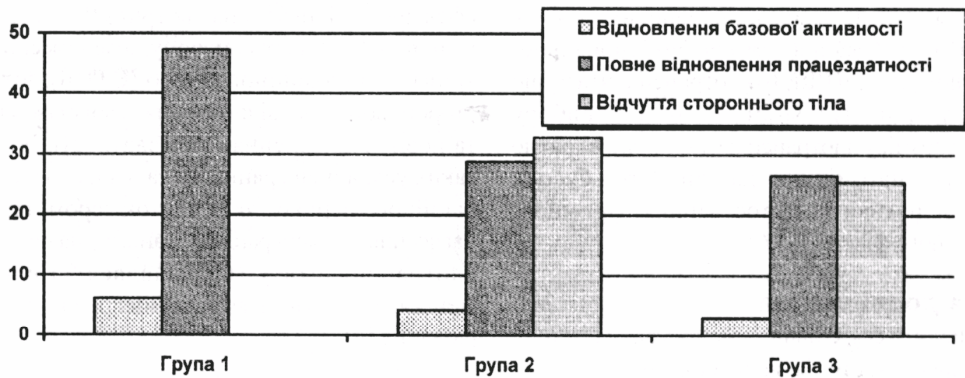


Рис. 3. Відновлення базової активності та повне відновлення працездатності після операцій із приводу пахвинних гриж при застосуванні різних методів пластики (діб, n=135)

У той же час, у хворих другої групи відмічався розвиток сером у семи (15,2%) випадках, гематоми у двох випадках (4,4%) та в одному (2,2%) випадку нагноєння операційної рани, що проліковано без видалення алотрансплантату. У післяопераційному періоді в одному (2,2%) випадку діагностовано зміщення алотрансплантату, що у подальшому призвело до виникнення рецидиву грижі. Тривалість післяопераційного болю у

хворих була дещо меншою і становила $35,42 \pm 2,48$ год, упродовж $32,8 \pm 2,58$ діб зберігалося відчуття стороннього тіла. У трьох (6,5%) випадках спостерігався розвиток СТПБ. Відновлення базової активності спостерігалося через $5,3 \pm 0,53$ доби, а повне відновлення працездатності - через $35,8 \pm 0,81$ діб.

У пацієнтів третьої групи кількість ускладнень у післяопераційному періоді була порівняно

меншою ($0,01 < P < 0,05$), ніж у двох попередніх групах: у двох (6,9%) випадках спостерігалось утворення сером та у одному (3,5%) - гематоми. Виникнення ускладнень пов'язане із помилками хірургів при виконанні пластики (контакт поверхні алотрансплантата із тканинами не на всьому протязі та недотримання рекомендованої експозиції при фіксації алотрансплантата за допомогою клею), що, вочевидь, пояснюється недостатністю досвіду застосування ФАФ. Лікування за необхідності проводилося шляхом пункції порожнини, що утворилася, під контролем УЗД із наступною аспірацією її вмісту та уведенням у неї альбумінового хірургічного клею для забезпечення гемостазу та її ліквідації. У даній групі хворих також спостерігалася найменша тривалість післяопераційного больового синдрому ($26,38 \pm 2,14$ год), відчуття стороннього тіла ($25,5 \pm 1,31$ діб). У хворих даної групи не відмічалось розвитку СТПБ. Зміщення алотрансплантата у післяопераційному періоді не діагностовано. Показники відновлення базової активності та повного відновлення працездатності покращилися порівняно з хворими двох попередніх груп і становили $4,1 \pm 0,26$ та $31,6 \pm 0,95$ діб, відповідно.

Тривалість госпіталізації в усіх групах, незважаючи на значну різницю показників відновлення базової активності, відрізнялися незначно і становили у середньому $7,6 \pm 0,66$ діб у першій групі, $7,5 \pm 0,58$ діб ($P > 0,05$) - у другій та $7,3 \pm 0,4$ діб ($P > 0,05$) - у третій.

Таким чином, суттєва кількість ускладнень у хворих першої групи (виникнення сером, гематом та нагноєння операційної рани) може пояснюватися більш значним травмуванням тканин при накладанні лігатур під час виконання пластики. Через наявність порожнини в ділянці імплантації алотрансплантата, ризик виникнення сером та гематом у післяопераційному періоді значно вищий, що і служило причиною певного збільшення кількості ускладнень у хворих другої групи, порівняно із першою та третьою.

Основною причиною виникнення рецидивів у хворих першої групи виступають атрофічні зміни, що відбуваються у тканинах пахвинної ділянки внаслідок ішемії, викликані натягом тканин під час пластики. На відміну від них, у хворих другої групи основною причиною була надмірно жорстка, негнучка фіксація алотрансплантата у місці його імплантації, що призвело до неспроможності шва та зміни його положення і виникнення рецидиву.

У хворих третьої групи спостерігалася найменша кількість ускладнень післяопераційного періоду, що зумовлено гемостатичними властивостями хірургічного клею, а також ліквідацією,

завдяки його застосуванню, порожнини у місці імплантації алотрансплантата. Антисептичні властивості клею дозволяють забезпечити профілактику імплантаційної інфекції. Відсутність зміщення алотрансплантата пояснюється забезпеченням більш ефективної та тривалої його фіксації до моменту його проростання фібриновими та колагеновими волокнами за рахунок додавання інгібітора протеолізу. Фіксація алотрансплантата за допомогою хірургічного клею замість лігатур також дозволяє зменшити тривалість післяопераційного больового синдрому та уникнути розвитку такого ускладнення, як СТПБ.

Висновки

Застосування методу функціонально-адаптивної фіксації алотрансплантату у хірургічному лікуванні пахвинних гриж дозволяє значно підвищити його ефективність, запобігти розвитку значної кількості ускладнень післяопераційного періоду та істотно покращити рівень якості життя даної категорії пацієнтів.

Перспективи подальших досліджень

Виявлені переваги методу ФАФ алотрансплантату створюють передумови для широкого його застосування у хірургічному лікуванні пахвинних гриж.

Література. 1. *Voyles RC.* Outcome analysis for groin hernia repair // *Surg. Clin. North. Am.* - 2003. - №83. - P.1279-1287. 2. *Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л.* Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки. - М.: Триада-Х, 2003. - 144с. 3. *Jacobs D.O.* Mesh repair of inguinal hernias - redux // *N. Eng. J. Med.* - 2004. - №350. - P.1895-1897. 4. *Forte A., D'Urso A., Palumbo P. et al.* Inguinal hernioplasty: the gold standard of hernia repair // *Hernia.* - 2003. - №7. - P.35-38. 5. *Agresta F., Buscaglia F., Mulieri G. et al.* Preliminary experience using fibrin glue for mesh fixation in 250 patients undergoing minilaparoscopic transabdominal preperitoneal hernia repair // *J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A.* - 2007. - №17(1). - P.12-15. 6. *Кулачек Ф.Г., Кнут Р.П., Сидорчук Р.І. та ін.* Топографо-анатомічне обґрунтування вибору алотрансплантата в оперативному лікуванні пахвинних гриж // *Бук. мед. вісник.* - 2007. - Т.11, №2. - С.55-58. 7. Патент № 25537, UA, МПК А61В 17/00. / Буковинський державний медичний університет МОЗ України. / Автори: Кнут Р.П., Сидорчук Р.І., Попович А.І. - З. № u200703937; Заявл. 10.04.2007; Опубл. 10.08.2007. Спосіб пластики пахвинної грижі із застосуванням альбумінового клею. 8. Патент № 20068, UA, МПК А61F 2/04. / Буковинський державний медичний університет МОЗ України. / Автор: Кнут Р.П. - З. № u200606856; Заявл. 19.06.2006; Опубл. 15.01.2007. Спосіб контролю за зміщенням алотрансплантата.

ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ФУНКЦИОНАЛЬНО-АДАПТИВНОЙ ФИКСАЦИИ АЛЛОТРАНСПЛАНТАТА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Р.П. Кнут

Резюме. На основе результатов лечения 135 больных с паховыми грыжами в сравнительном аспекте проведено изучение эффективности применения метода функцио-

нально-адаптивной фиксации аллотрансплантата в хирургическом лечении паховых грыж. Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности данного метода, которая проявляется в снижении количества осложнений и рецидивов при операциях по поводу паховых грыж, а также улучшении уровня жизни у данной категории больных.

Ключевые слова: паховые грыжи, герниопластика, метод функционально-адаптивной фиксации аллотрансплантата, альбуминовый хирургический клей.

**EMPLOYMENT OF ALLOGRAFT FUNCTIONAL-
ADAPTIVE FIXATION METHOD IN SURGICAL
TREATMENT OF INGUINAL HERNIAS**

R.P. Knut

Abstract. The clinical study to evaluate the efficacy of employment of allograft functional-adoptive fixation method in

surgical treatment of inguinal hernias has been carried out on the basis of the results of treatment of 135 patients with inguinal hernias. The obtained results are indicative of a high efficacy of the method in question which manifests in a reduced number of complications and recurrences in case of operations for inguinal hernias as well as improvement of the level of living of given category of patients.

Key words: inguinal hernias, hernioplasty, allograft functional-adoptive fixation method, albumin surgical adhesive.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Clin. and experim. pathol. - 2007. - Vol. 6, №3. - P. 53-56.

Надійшла до редакції 16.08.2007

Рецензент - доц. В.Б. Рева