

СЪВРЕМЕННИ “FREE TENSION” ПЛАСТИКИ НА ИНГВИНАЛНИ ХЕРНИИ С ИЗПОЛЗВАНЕ НА ПРЕДЕН ДОСТЪП

Костадин Георгиев, Атанас Петков, Атанас Баташки, Живка Баташка
Европа; България; гр. Пловдив; бул. Пещерско шосе 66, ет. 1, Еднодневна хирургия

SUMMARY

In world literature describes 300 surgical techniques and modifications for hernioplastika of inguinal hernia. Lichtenstein formulated the theory of "free from tension adjustment" of the hernia. Over the next few years in practice entering operational methods prevent access using mesh - methods Gilbert, Rutkow-Robbins, Trabucco, Valenti, TIPP (modification Rives), PHS, and many of their modifications. Retrospectively is studied the treatment of 841 patients with inguinal hernia undergoing surgery at University Hospital "St. George" Department of One day mininvasive surgery for the period from January 2008 to December 2011.

Use the following surgical techniques: surgery Lichtenstein (patch) in 430 patients (51.1%), the modified operation Trabucco (plug type 1) in 72 patients (8.5%) and surgery Rutkow-Robbins (plug and patch) to 91 (10.8 %). Drainage we have used in 6 (0.7%) patients with recurrent hernias huge

The advantages of open surgical methods in the treatment of inguinal hernias are:

1. Operating time in modes with front access is short compared with endoscopic methods operations. **2.** In Operational methods with front access more relevant spinal block and local anesthesia with intravenous preferably in terms of oneday surgery. **3.** The risk of complications - organ damage, severe intra-and postoperative early in methods with front access is lower in comparison with endoscopic methodologies. **4.** In open front access is possible precisely recognition the 3 nerves in the inguinal area and as a result - reduce the risk of their disability, and reduced rates of postoperative pain. **5.** Absorption training methods with the open front access is significantly shorter compared to endoscopic.

Keywords: "free tension" plastic, open front access method, day surgery.

Въведение

В световната литература са описани около 300 хирургични техники и модификации за херниопластика на ингвинална херния. Няма друго поле в хирургията, където да са описани толкова много методики. В литературата на кирилица са описани повече от 200 оперативни метода. Всичко това показва, че днес в началото на 21-ви век все още няма изработен златен стандарт за лечението на херниите.

Едва седем години след въвеждането на полипропиленовото платно в практиката от Usher (1955г.) вече над 20% от хирурзите в САЩ го използват рутинно в практиката си. През 1986г. Lichtenstein формулира теорията за „свободна от напрежение корекция” на херниите. Vogojavlensky и Schultz (1990г.) правят първите опити за лапароскопски операции на слабинни хернии. През следващите няколко години в практиката навлизат методите за протезиране на Gilbert, Rutkow-Robbins, Trabucco, Valenti, TIPP (модификация по Rives), PHS, както и много техни модификации. През 1982 г. Ger използва миниинвазивен достъп за лигиране на херниален сак на индиректна херния посредством клипс. Vogojavlenski през 1989 г. модифицира тази техника, използвайки интракорпорални шевове и възли и поставя полипропиленов меш, а Тоу и Smoot през 1991 г. описват интраперитонеално поставяне на меш върху миопектинеалния отвор без дисекция на херниалния сак.

В момента най-често използваните техники за лапароскопска хениопластика са описаната от Arregui и Doin в началото на 90-те години трансабдоминална преперитонеална херниопластика – TAPP и описаната от Phillips и McKernan тотална екстраперитонеална херниопластика – TEP. И двете техники за лапароскопска херниопластика включват поставяне на платно в преперитонеалното пространство — трансабдоминално преперитонеално (TAPP-пластика) и тотално екстраперитонеално (TEP- пластика).

При анализа на литературата по проблемите на херниопластиката и пречупвайки го през собствения си клиничен опит, се налага изводът, че двата метода за херниопластика имат своите привърженици и противници. Хирурзите, които преимуществено работят лапароскопски операции, изтъкват техните предимства, а „конвенционалните“ хирурзи, считат че, тежките и опасни потенциални интраоперативни усложнения на лапароскопските операции, (като сероми, уринарна ретенция, временна сексуална дисфункция, уплътнение на тестиса и следоперативен орхит, атрофия на тестиса, следоперативна невралгия и др.) натежават везните в полза на отворена хирургия с качествен меш, адекватни размери и субфасциално позициониране. Необходимостта от обща анестезия, при лапароскопската херниопластика, преминаването през абдоминалната кухина при TAPP-техниката и повишаване времето за използване на операционната зала и съответните разходи за това, са също фактори, които не са за пренебрегване. Честотата на рецидивите е без статистически значима разлика (между 3 и 8 %) при лапароскопската и отворената хирургия с меш. Най-висока е честотата на рецидивите при класическата херниална хирургия без меш. Безспорно и логично е цената на лапароскопската хирургия да е по-висока и това се споделя от почти всички автори.

Цел на съвременната хирургия на херниите

Съвременното оперативно лечение на слабинните хернии се основава на следните принципи:

1. Схващането на херниалните репарации като реконструктивна и пластична хирургия
2. Задълбочено познаване на анатомичното устройство на мускулно-апоневротично-фасциалния слой на слабинната област
3. Съобразяване с патоморфологичните промени на структурите на слабинния канал при хернии
4. Понижаване интра- и постоперативно на освобождаването на протеолитични ензими, хистамин, брадикинини, ацетилхолин, простагландини и други медиатори на болката чрез намаляване на механичните стимули като рязане, лигиране, шевове под напрежение и исхемия на тъканите.
5. Скъсяване на възстановителния период чрез прилагане на свободна от напрежение пластика
6. Подобряване качеството на живот на пациента след хирургичната интервенция и намаляване процента на рецидивите

Материал и методи

Ретроспективно е проучено лечението на 841 пациенти с ингвинални хернии, оперирани в УМБАЛ „Св.Георги“ Отделение по ендодневни и миниинвазивна хирургия за периода от януари 2008 до декември 2011.

За подбора на пациентите за ендодневна хирургия сме съобразявали фактори в две направления:

1. Медицински – липса на декомпенсирани хронични заболявания. Изследванията и консултациите с кардиолог, анестезиолог и специалисти по показания и необходимата подготовка са извършвани амбулаторно.

2. Социални - пациентът и близките му трябва да разбират естеството на операцията и следоперативното протичане и да са съгласни операцията му да бъде на база ендодневна хирургия, да има отговорен възрастен до него за наблюдение и помощ в първите три дни, осигурена сигурна телефонна връзка, възможност за транспорт и адекватни битови условия.

Резултати

Общо в отделението по Еднодневна и мининвазивна хирургия, бяха оперирани 841 пациента със слабинни хернии. Средната възраст на пациентите беше 51 (7-84) години. Мъжете бяха 709, а жените 132.

Слабинните хернии се разпределят според патологичния вид както следва в таблица 1.

Разпределение на пациентите според типа на хернията Таблица № 1:

Класификация на Gilbert, модифицирана от Rutkow и Robbins	n брои случаи	%
Тип I	15	1.7835
Тип II	291	34.6016
Тип III	106	12.6040
Тип IV	156	18.5493
Тип V	242	28.7752
Тип VI	31	3.6860
ОБЩО:	841	99.9996 %

Според класификацията на Gilbert-Rutkow-Robbins най-чест тип са индиректните хернии тип 2 (дефект 2-4 cm.) при 291 болни (34.6 %), следвани от тип 5 хернии в триъгълника на Hesselbach при 242 болни (28.8%) и директните хернии тип 4 (с разрушаване горната част на задна стена) при 156 болни (18.5 %). Най-редки са индиректните хернии тип 1 (дефект < 2 cm.) и комбиниратите индиректни с директна хернии.

При оперираните 841 пациента с ингвинални хернии приложената анестезия при 765 пациенти (90.9 %) е спинален блок; обща интубационна при 68 пациенти (8.1 %), и локална инфилтрационна с Lidocain при 8 болни (1 %). Интубационна анестезия е приложена основно при болни с лабилна психика и/или по преценка на анестезиолога.

Всички наши пациенти бяха оперирани с протези от полипропиленова мрежа.

Използвахме следните хирургични методики: операцията на Lichtenstein (patch) при 430 болни (51.1 %), модифицираната операция на Trabucso (plug тип 1) при 72 пациента (8.5 %) и операцията на Rutkow-Robbins (plug and patch) на 91 (10.8 %) .Дренаж сме използвали при 6 (0.7%) пациенти с огромни рецидивни хернии.

Средния болничен престой е 28 часа, като 23 (2.7%) от пациентите са дехоспитализирани в същия ден. Престой по-дълъг от 24 часа имаше при 75-ма (8.9%). Рехоспитализация се наложи при 5-ма (0.59%) пациенти. При един мъж със хипертонична криза и при четирима с оток на скротума и тестиса. Реоперации не са извършвани.

Ранни следоперативни усложнения са лекувани при 16 (1.90%) - хематом в раната. Ревизия и хемостаза на кожен съд се наложи при седем от тях. Оток в скротума при пациент, опериран за гигантска ингвиноскротална херния. Не е наблюдавана инфекция в оперативната рана. При ингвиналните херниопластики до момента не е наблюдаван рецидив. Рецидив е отчетен при четирима (0.47%) пациенти с ингвинални хернии. Срока за възстановяване на обичаен ритъм на живот (шофиране на автомобил и офис работа) е средно 12 дни. Далечни резултати са отчетени за 810 (96,31%) от пациентите. Анализирани са оперативните методи, усложненията, рецидивите, постоперативната болка, периода на болничния престой, срок на отсъствие от работа.

Прилаганите през периода оперативни методи на протезиране на слабинни хернии са представени в **Таблица № 2:**

ОПЕРАТИВЕН МЕТОД	БРОЙ ОПЕРИРАНИ ПАЦИЕНТИ		
	ПЪРВИЧНИ	РЕЦИДИВНИ	ОБЩО
LICHTENSTEIN	326	104	430
VALENTI	47	21	68
TRABUCCO	49	23	72
RUTKOW – ROBBINS	83	8	91
RIVES	54	0	54
PHS	18	0	18
ДРУГИ	61	47	108

ОБСЪЖДАНЕ

Предимствата на отворените оперативни методи при лечението на ингвинални хернии са:

- Оперативното време при методи с преден достъп е по-кратко в сравнение с ендоскопските операции.
- При перативните методи с преден достъп по- подходящи са спиналния блок и локалната анестезия с венозно потенциране в условия на еднокдневната хирургия.
- Рискът от усложнения – органични увреди, тежки интра- и ранни постоперативни , при методите с преден достъп е по-нисък при съпоставяне с ендоскопските методики.
- При откритите методи с преден достъп е възможно точно идетнифициране на 3-те нерва в ингвиналната област и като резултат - снижен риск от увреждането им и намален процент на постоперативната болка.
- Кривата на обучение при откритите методи с преден достъп е значително по-къса в сравнение с ендоскопските.
- Рецидивите при откритите методи с преден достъп е по-нисък от тези при ендоскопските.
- При големи ингвиносротални хернии, иридоцибилни, рецидивни хернии и при висорисковите контингенти за обща анестезия –метод на избор са операциите с преден достъп.

Библиография:

1. Amid PK. Lichtenstein tension-free hemioplasty: Its inception, evolution and principles. *Hernia* 2004; 8: 1-7.
2. Bartorfi J. The Herniology in Hungary today.- On the 1st Symposium with international participation of the Association of the herniologists of Yugoslavia: „ Anatomy, Pathophysiology and Repair of Groin Hernia" - Nish 7th-9th November 2002.
3. Bay-Nielsen M, E. Nilsson, P. Nordin, H. Kehlet. Chronic pain after open mesh and sutured repair of indirect inguinal hernia in young males. *Br J Surg* 2004; 91(10):1372-6.
4. Collaboration Eu Hernia Trialists. Repair of Groin Hernia with Synthetic Mesh. Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Ann Surg* 2002; 235 : 322-332.
5. Klaristenfeld DD, E. Mahoney, DA. Iannitti. Minimally invasive tensionfree inguinal hernia repair. *Surg Technol Int.* 2005; 14:157-63.
6. Searle R. et Simpson K. Chronic post-surgical pain. *Cont Edu Anaesth Crit Care & Pain* 2010; 10: 12-14
7. Schumpelick V, *Operationsatlas Chirurgie.* Stuttgart - F. Encke Verlag 1997.
8. Skandalakis JE, SW Gray, LJ Skandalakis, GL Colborn, LB Pemberton. Surgical anatomy of the inguinal area. *World J Surg* 1989; 13: 490-8.
9. Vilesi, LG: Eine neue Perspektive bei der Fafterberbehitzriung. *Dt Derm* 46:511,1998.
10. Zoltan, Z. Atlas der chirurgischen Schnitt - und Nahttechnik. Budapest 1977.