

Выбор предпочтительного метода пластики первичной односторонней паховой грыжи у мужчин

А.С. Ефремов, Е.А. Рутковский

Новосибирский государственный университет
630090, г. Новосибирск, ул. Пирогова, 2

Резюме

Ежегодно осуществляется более 20 миллионов пластик паховых грыж. Международной группой герниологов рекомендовано выполнение у взрослых трансабдоминальной преперитонеальной пластики (ТАПП), тотальной экстраперитонеальной пластики, пластики по Лихтенштейну. На данный момент нет критериев выбора метода пластики у пациентов, которым показаны и ТАПП, и пластика по Лихтенштейну. **Материал и методы.** Проведено исследование двух групп пациентов по 30 человек в каждой, распределенных по методу оперативного лечения: трансабдоминальная предбрюшинная пластика и пластика по Лихтенштейну. В исследование включались пациенты мужского пола с первичной односторонней паховой грыжей старше 18 лет. Группы сравнивались в раннем и позднем послеоперационном периодах. **Результаты и их обсуждение.** Полученные данные показали, что в раннем послеоперационном периоде пациенты после ТАПП показали более высокий уровень боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), чем больные после пластики по Лихтенштейну через 3 ч после операции, при более длительном времени операции. Оценка уровня боли по ВАШ через одни сутки после операции и в момент выписки, выраженности лихорадки, потребности в анальгетиках, срока госпитализации показала преимущество ТАПП перед пластикой по Лихтенштейну. Отдаленные результаты были получены анкетированием по Carolinas Comfort Scale (CCS) через 3 и 6 мес. после операции. У пациентов после ТАПП результат был несколько лучше, чем у больных после пластики по Лихтенштейну. **Заключение.** Предпочтительным методом пластики пахового канала у пациентов, которым возможно проведение открытого и лапароскопического вмешательства, является ТАПП.

Ключевые слова: паховая грыжа, ТАПП, пластика по Лихтенштейну.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Автор для переписки: Ефремов А.С., e-mail: sibirskii.1994@mail.ru

Для цитирования: Ефремов А.С., Рутковский Е.А. Выбор предпочтительного метода пластики первичной односторонней паховой грыжи у мужчин. *Сибирский научный медицинский журнал.* 2020; 40 (4): 60–62. doi: 10.15372/SSMJ20200408

Choosing the preferred method of primary unilateral inguinal hernia repair in men

A.S. Efremov, E.A. Rutkovsky

Novosibirsk National Research State University
630090, Novosibirsk, Pirogov str., 2

Abstract

More than 20 million inguinal hernia surgeries are performed annually. An international group of herniologists recommended performing transabdominal preperitoneal plastic surgery (TAPP), total extraperitoneal plastic surgery, and Liechtenstein hernioplasty in adults. At the moment, there are no criteria for choosing the method of plastic surgery in patients who may have TAPP, Liechtenstein hernioplasty. The study of two groups of 30 patients divided by the method of surgical treatment: transabdominal preperitoneal plastic (TAPP) and Liechtenstein hernioplasty has been carried out. The study included male patients with primary unilateral inguinal hernia older than 18 years. The groups were compared in the early and late postoperative period. The data obtained revealed that in the early postoperative period, patients after TAPP showed a higher level of pain by the visual-analog scale (VAS) in comparison with the

patients after Liechtenstein plastic surgery in 3 hours after surgery, with longer operation time. The assessment of pain level by VAS in 1 day after surgery, at the time of discharge, the fever level, the analgesics need, and the hospitalization duration showed the TAPP advantage over Liechtenstein hernioplasty. Long-term results were obtained by Carolinas Comfort Scale (CSS) questionnaire within 3, 6 months after the operation. Patients after TAPP showed slightly better results in comparison with patients after Liechtenstein hernioplasty. Therefore, TAPP is the preferred method of inguinal canal surgery in patients with open and laparoscopic surgery.

Key words: inguinal hernia, TAPP, Liechtenstein hernioplasty.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Correspondence author: Efremov A.S., e-mail: sibirskii.1994@mail.ru

Citation: Efremov A.S., Rutkovsky E.A. Choosing the preferred method of primary unilateral inguinal hernia repair in men. *Sibirskiy nauchnyy meditsinskiy zhurnal = Siberian Scientific Medical Journal*. 2020; 40 (4): 60–62. [In Russian]. doi: 10.15372/SSMJ20200408

Введение

В мире осуществляется более 20 млн пластик паховых грыж ежегодно, что делает данную операцию одной из наиболее часто выполняемых хирургических процедур во всем мире [1]. Международной группой герниологов «Hernia-Surge» из более чем 100 различных методов пластики паховых грыж у взрослых, классифицируемых как тканевая (натяжная) пластика, открытая сетчатая пластика и лапароэндоскопическая сетчатая (ненатяжная) пластика, рекомендованы только тотальная экстраперитонеальная пластика (ТЭП), трансабдоминальная преперитонеальная пластика (ТАПП) и метод пластики по Лихтенштейну [1–4]. Однако выбор оптимального хирургического подхода для пациентов мужского пола с первичной односторонней паховой грыжей до сих пор остается спорным [5].

Цель исследования – определить наиболее предпочтительный метод пластики пахового канала сетчатым имплантатом у пациентов, которым возможно проведение открытого и лапароскопического вмешательства.

Материал и методы

Проводилось проспективное контролируемое клиническое исследование на базе 2-го хирургического отделения ГБУЗ НСО Городская клиническая больница № 25 в период с 2019 по 2020 г. Методом случайной выборки пациенты были разделены на две группы, по 30 человек в каждой, соответственно методу лечения: ТАПП, пластика по Лихтенштейну. В исследование включались мужчины старше 18 лет с односторонней первичной паховой грыжей, которым возможно проведение открытого и лапароскопического вмешательства. Каждый пациент дал добровольное

информированное согласие на участие в клиническом исследовании.

ТАПП выполнялась одним хирургом высшей категории, метод анестезии – эндотрахеальный наркоз. Грыжесечение, пластика по Лихтенштейну выполнялась одним хирургом высшей категории, метод обезболивания – эпидуральная анестезия. Всем пациентам устанавливалась полипропиленовая сетка «ЭСФИЛ® стандартный» производства «Линтекс» (Россия). Анальгезия в послеоперационном периоде проводилась препаратом кеторолак 2,0 мл внутримышечно по потребности.

Ранние результаты оценивали по уровню боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) (через 3 ч, через одни сутки после операции, в момент выписки), по выраженности лихорадки, потребности в анальгетиках, сроку госпитализации, отдаленные – на основании анкетирования пациентов по опроснику Carolinas Comfort Scale через 3 и 6 мес. после операции. Работа не ущемляла права участников исследования, не подвергала их опасности.

Переменные представлены в виде среднего арифметического и среднеквадратического отклонения ($M \pm SD$). Различия между группами оценивали с помощью критерия Стьюдента, достоверными считались результаты при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Группы были однородны по возрасту пациентов (ТАПП – $55,25 \pm 9,05$ года, пластика по Лихтенштейну – $56,34 \pm 7,57$ года). Время операции было больше при ТАПП ($60,0 \pm 8,16$ мин), чем при пластике по Лихтенштейну ($32,1 \pm 6,99$ мин). Уровень боли через 3 ч после операции не различался при ТАПП ($3,1 \pm 1,21$ балла) и пластике по Лихтенштейну ($2,1 \pm 2,20$ балла). Болевой

синдром у пациентов после ТАПП был связан преимущественно с остаточным карбоксиперитонеумом. Через одни сутки после операции уровень боли был выше у пациентов после пластики по Лихтенштейну, чем после ТАПП (соответственно $4,7 \pm 0,98$ и $2,6 \pm 0,94$ балла), в день выписки группы по величине данного показателя не различались (соответственно $0,1 \pm 0,45$ и $0,6 \pm 0,94$ балла). Как следствие болевого синдрома, потребность в анальгетиках была больше в группе пластики по Лихтенштейну ($3,9 \pm 0,97$ дня), чем в группе ТАПП ($2,8 \pm 0,7$ дня). Температура тела не превышала субфебрильных значений ($37,35 \pm 0,42$ °C после ТАПП и $37,18 \pm 0,39$ °C после операции по Лихтенштейну), длительность госпитализации составляла $4,25 \pm 0,44$ и $4,85 \pm 0,88$ дня соответственно.

Оценка отдаленных послеоперационных результатов показала, что через 3 и 6 мес. после ТАПП анкетирование по CCS дало одинаковое количество баллов ($0,05 \pm 0,22$ балла); через 3 мес. после пластики по Лихтенштейну величина показателя была значимо выше, чем после ТАПП ($0,75 \pm 1,52$ балла), а через 6 мес. не отличалась ($0,32 \pm 0,90$ балла).

Выводы

1. В раннем послеоперационном периоде из-за остаточного карбоксиперитонеума уровень боли по ВАШ выше через 3 ч после ТАПП, чем после пластики по Лихтенштейну, при более длительном времени операции. С первых суток уровень боли по ВАШ больше, потребность в анальгетиках и длительность госпитализации больше после пластики по Лихтенштейну, чем после ТАПП.

2. В позднем послеоперационном периоде количество баллов по опроснику CCS после ТАПП меньше, чем после операции по Лихтенштейну.

3. Наиболее предпочтительным методом пластики пахового канала сетчатым имплантатом у

пациентов, которым возможно проведение открытого и лапароскопического вмешательства, является ТАПП.

Список литературы / References

1. Bittner R., Montgomery M.A., Arregui E., Bansal V., Bingener J., Bisgaard T., Buhck H., Duda M., Ferzli G.S., Fitzgibbons R.J., Fortelny R.H., Grimes K.L., Klinge U., Koeckerling F., Kumar S., Kukleta J., Lomanto D., Misra M.C., Morales-Conde S., Reinhold W., Rosenberg J., Singh K., Timoney M., Weyhe D., Chowbey P. Guidelines for laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal hernia [International Endohernia Society (IEHS)]. *Surgical Endoscopy*. 2011; 25 (9): 2773–2843. doi: 10.1007/s00464-011-1799-6
2. HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia*. 2018; 22 (1): 1–165. doi: 10.1007/s10029-017-1668-x
3. Lara F.J.P., Del Rey Moreno A., Muñoz H.O. Do we really know the symptoms of inguinal hernia? *Hernia*. 2015; 19 (5): 703–712. doi: 10.1007/s10029-014-1319-4
4. Miserez M., Peeters E., Aufenacker T., Bouillot J.L., Campanelli G., Conze J., Fortelny R., Heikkinen T., Jorgensen A., Kukleta J., Morales-Conde S., Nordin P., Schumpelick V., Smedberg S., Smietanski M., Weber G., Simons M.P. Update with level 1 studies of the European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia*. 2014; 18 (2): 151–163. doi: 10.1007/s10029-014-1236-6
5. Poelman M.M., van den Heuvel B., Deelder J.D., Abis G.C., Beudeker N., Bittner R.R., Campanelli G., van Dam D., Dwars B.J., Eker H.H., Fingerhut A., Khatkov I., Koeckerling F., Kukleta J.F., Miserez M., Montgomery A., Munoz Brands R.M., Morales Conde S., Muysoms F.E., Soltes M., Tromp W., Yavuz Y., Bonjer H.J. EAES Consensus Development Conference on endoscopic repair of groin hernias. *Surgical Endoscopy*. 2013; 27 (10): 3505–3519. doi: 10.1007/s00464-013-3001-9

Сведения об авторах:

Александр Сергеевич Ефремов, ORCID: 0000-0001-5698-7877, e-mail: sibirskii.1994@mail.ru
Евгений Александрович Рутковский, к.м.н., e-mail: rea@mail.ru

Information about the authors:

Alexander S. Efremov, ORCID: 0000-0001-5698-7877, e-mail: sibirskii.1994@mail.ru
Yevgeny A. Rutkovsky, candidate of medical sciences, e-mail: rea@mail.ru

Поступила в редакцию 21.04.2020
После доработки 19.05.2020
Принята к публикации 06.07.2020

Received 21.04.2020
Revision received 19.05.2020
Accepted 06.07.2020