

Adjuvant RT was performed in an average dose of 58.1 Gy (range, 46-60 Gy) in 190 (64.4%) patients. Adjuvant concurrent CRT was performed in 105 (35.6%) patients.

In 61 (29.5%) patients with definitive CRT with a residual tumor or relapse of the disease, if possible, a “salvage surgery” was performed. It included a removal of the primary tumor with neck dissection in 34 (55.7%) patients. and in 27 (44.3%) patients it included the removal of the tumor with neck dissection and reconstruction of the defect with a vascularized flap: a pectoralis musculocutaneous flap or a deltopectoralis skin and fascial flap.

Analysis of patients’ survival was carried out according with the Kaplan-Mayer method. To assess the impact of several risk factors on survival the Cocks regression model of proportional risks was used. The critical level of significance in the analysis was adopted α cr. = 0.05.

Having analysed the survival curves, a statistically significant longer relapse-free survival was found for the surgery + RT / CRT group compared to the definitive CRT group (RR = 0.26 (95% VI 0.21 – 0.33), $p < 0.001$ according to the log-rank criterion). “Salvage surgery” performed in some patients of definitive CRT group, did not significantly affect the overall survival rate as an independent factor in the Cocks multivariate analysis.

Key words: oral cancer, surgical treatment, salvage surgery, local, regional and free flaps, overall survival.

Рецензент – проф. Старченко І. І.

Стаття надійшла 08.04.2020 року

DOI 10.29254/2077-4214-2020-2-156-112-116

УДК 616.34-007.43-089

Кравців Н. І., Дудченко М. А.

ВЫБОР СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Украинская медицинская стоматологическая академия (г. Полтава)

kravtsiv@me.com

Связь публикации с плановыми научно-исследовательскими работами. Работа является фрагментом научной темы «Усовершенствование диагностики и лечебной тактики при гнойно-воспалительных заболеваниях мягких тканей, острой и хронической хирургической патологии органов брюшной полости. Прогнозирование осложнений и их профилактика». № государственной регистрации 0118U006953.

Вступление. Одна из важнейших проблем в герниологии это проблема рецидивов. Она существовала с тех пор, как начали оперировать грыжи [1]. При проведении плановых операций общее количество рецидивов после оперативного вмешательства по поводу первичной паховой грыжи составляет в настоящее время от 0,2 до 10% [2], а при операциях по поводу так называемых сложных паховых грыж процент рецидивов достигает 35% [3]. Через 35 лет после внедрения сетчатых имплантов и через 25 лет после проведения первого лапаро-эндоскопического оперативного лечения паховых грыж, показатели рецидивов по сравнению с аутопластичными методами репарации не снизились систематически во всем мире [4]. Устранение рецидивных паховых грыж (РПГ) сопровождается повторным рецидивом в 30-40% пациентов [5]. Этот показатель определяет важность решения проблемы выбора техники пластики РПГ [6]. Возникновению рецидивов паховой грыжи способствует ряд факторов: возраст, ожирение, вид обезболивания, характер использованных шовных материалов, выбор способа и непосредственное выполнение пластики пахового канала, характер послеоперационных осложнений и наличие внутрибрюшной гипертензии [7,8,9].

Повторные вмешательства через рубцово измененные ткани в области пахового канала являются сложными, поэтому хирургическое лечение РПГ ассоциируется с техническими трудностями и повышенным риском возникновения осложнений [10]. В настоящее время большое внимание уделяют как

анатомическим, биологическим и механическим факторам пластики, что обусловлено разнообразием материалов для протезирования, так и выбору метода и анализу допущенных хирургических ошибок [11].

Некоторые хирурги предлагают использовать при рецидивных грыжах открытую преперитонеальную пластику. Данные операции достаточно эффективны в плане профилактики рецидивов, однако это достаточно травматичные хирургические вмешательства, сопровождающиеся частым образованием гематом, сером и нагноением ран. Совсем другим и значительно более перспективным подходом к лечению рецидивов паховых грыж является использование лапароскопической герниорафии [12].

Цель работы. Анализ причин развития и способов хирургического лечения рецидивных паховых грыж. По их результатам установления приоритетной методики лечения РПГ.

Объект и методы исследования. На протяжении 2005-2019 гг. в хирургических отделениях Полтавской ЦРКЛ, 2-ой ГКБ г. Полтава и КП «3-я ГКБ ПГС» планово прооперирован 131 больной с РПГ. Распределение больных по возрасту и полу представлено в **таблице 1**.

Мужчин было 125 (95,4%), женщин – 6 (4,6%). Средняя масса тела пациентов – 84 кг ± 5,6 кг. Среди 131 пациента впервые рецидивирующие грыжи встречались у 115 (87,8%) больных, повторно рецидивные – у 11 (8,4%), многократно рецидивирующие у 5 (3,8%). Левосторонний рецидив паховой грыжи выявлен у 43 (32,8%) больных, правосторонний – у 85 (64,9%). У 3 (2,3%) пациентов была двухсторонняя РПГ.

В своей работе мы использовали классификацию РПГ G. Campanelli и соавт. [13], согласно которой авторы выделяют три типа грыж:

R1 – первый рецидив «высокой» косой внешней вправимой грыжи с малым (<2 см) дефектом у боль-

ного, не страдает ожирением, после простой пластики или пластики с использованием сетового трансплантата;

R2 – первый рецидив «низкой» прямой внешней вправимой грыжи с малым (<2 см) дефектом у больного, который страдает ожирением, после простой пластики или пластики с использованием сетового трансплантата;

R3 – все остальные рецидивы (неправильные грыжи, рецидив паховой грыжи у больных с ожирением, и т.д.).

Суммарные показатели числа больных со «сложными» (R3) и «простыми» (R1, R2) видами РПГ не имели существенных различий.

Лапароскопическая TAPP (trans abdominal pre-peritoneal repair – трансабдоминальная преперитонеальная) методика лечения паховых грыж за последние годы широко внедрена во многих клиниках, также она рекомендована для применения после неудачной передней реконструкции паховой грыжи аутоотканями или по Лихтенштейну [14].

Результаты исследования и их обсуждение. Срок выявления рецидива заболевания был достаточно вариабельным и напрямую зависел от времени обращения пациентов к хирургу и составил в среднем 22 ± 3 мес.

Вариант первичного вмешательства устанавливали на основании анамнеза и по результатам интраоперационной ревизии. Алгоритм предоперационного обследования был стандартизирован и включал обязательное проведение УЗИ в зоне ранее выполненного оперативного вмешательства. 10 больным была проведена КТ (компьютерная томография) органов малого таза, 5 пациентам – выполнено МРТ (магнитно-резонансная томография) органов малого таза. Результаты этих исследований также подтвердили наличие рецидива грыжи. 42 пациента (32,1%), кроме грыжевого выпячивания, жаловались на выраженную боль в паховой области, в проекции послеоперационного рубца, которая увеличивалась во время физической нагрузки.

Под местной-инфильтрационной и спинномозговой анестезией прооперировано 59 пациентов (45,1%), 72 (54,9%) – под интубационным наркозом с миорелаксантами. Продолжительность вмешательства 85 ± 20 мин.

Все выявленные рецидивные грыжи наблюдались после открытой передней пластики пахового канала. По характеру предварительной пластики пациенты характеризовались следующим образом: в 120 (92%) больных рецидивы возникли после аутопластических способов (Girard-Спасокукоцкого-Кимбаровского 78 (60%) случаев, Bassini – 25 (19%) и Postempsky 17 (13%) случаев) и у 11 (8%) пациентов – после герниопластики по Lichtenstein (рис.). Причем среди выявленных причин рецидивов после операции Lichtenstein были недостаточная фиксация сетки или малые ее размеры, а также нагноение послеоперационной раны, тогда как в 49 (84,5%) случаях среди всех фасциопластических способов пластики пахового канала наблюдали развитие атрофических и дегенеративных изменений тканей паховой области.

Таблица 1 – Структура больных с рецидивирующими паховыми грыжами

	30-44		45-59		60-74		75 и старше		Вместе
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	
Предыдущие вмешательства									
Автопластика	27	-	39	-	33	5	6	-	110
Аллопластика	3	-	12	-	4	1	1	-	21
Вместе	30	-	51	-	37	6	7	-	131
	30 (22,9%)		51 (38,93%)		43 (32,82%)		7 (5,34%)		

Пациентам с РПГ были выполнены следующие виды пластики (рис.).

Таким образом, основным видом пластики пахового канала у пациентов с рецидивирующими грыжами были: лапароскопическая трансабдоминальная преперитонеальная (trans abdominal pre-peritoneal repair – TAPP) у 49 (37,4%) пациентов и Lichtenstein с использованием полипроленового сетчатого имплантата у 46 (35,1%) пациентов. 23 (17,5%) больным выполнена пластика задней стенки по Postempsky, 7 (5,3%) больным – по Bassini и 6 (4,6%) – по Girard. Причем аутопластические способы ликвидации рецидивных паховых грыж использовали только до 2008 года. С 2012 года была освоена и внедрена в практику лапароскопическая TAPP методика.

Лапароскопическая пластика рецидивных грыж выполнялась после наложения пневмоперитонеума 12 мм рт. ст. с использованием 3 троакаров. Первый троакер 10 мм вводился в область над пупком, два других 5 мм троакара – в правую и левую подвздошные области. Брюшина над грыжевым дефектом рассекалась. Отделяли грыжевой мешок. Сетчатый полипропиленовый имплантат размерами до 10x15 см устанавливали и фиксировали над семенным канатиком плетеной полиэфирной нитью 2/0 с интракорпоральным завязыванием узлов. После чего над сеткой восстанавливалась целостность брюшины путем сшивания ее листьев непрерывной полигликолидной нитью с интракорпоральным завязыванием узлов. Продолжительность операции составила 89 ± 10 мин. Ни в одном случае не было конверсии. Средний койко-день составил $(2,5 \pm 1,4)$ дня.

При открытой операции высекали старый послеоперационный рубец, разрезали апоневроз и выделяли элементы семенного канатика, после чего определяли грыжевой дефект. Для закрытия грыжевого дефекта использовали полипропиленовую сетку, которую подшивали к лонному бугорку, па-

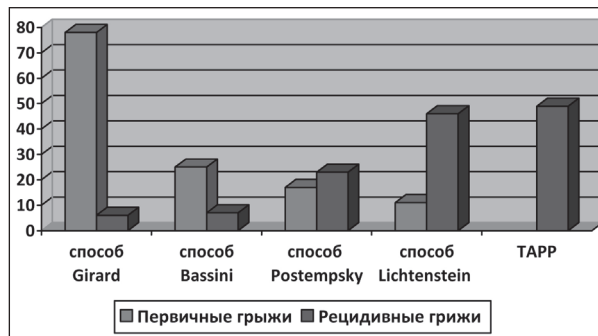


Рисунок – Соотношение частоты выполнения различных видов пластики пахового канала при первичных, что усложнились рецидивом, и рецидивных паховых грыжах.

Таблица 2 – Интраоперационные и ранние послеоперационные осложнения при открытой пластике рецидивных паховых грыж

Критерий	Частота возникновения
Повреждение элементов семенного канатика	11 (13,4%)
Орхэктомия	2 (2,4%)
Повреждение нижних эпигастральных сосудов	7 (8,5%)
Серома, гематома	8 (9,7%)
Гнойные осложнения	4 (4,9%)
Отек мошонки	5 (6,1%)

хойвой связке и к апоневрозу полипропиленовыми швами. Дренажирование раны не выполняли. Средняя продолжительность открытой операции составила (115 ± 12) мин (продолжительность операции – от 45 до 170 мин). В группе больных, которые были прооперированы с применением открытого метода герниопластики, среднее количество дней пребывания в стационаре составило (5,8 ± 1,2) дня.

Все пациенты с целью антибиотикопрофилактики получали цефатоксим, цефтриаксон или цефуроксим по 1,0 г внутримышечно за 2 часа до операции и через 12:00 после операции. Для обезболивания в п/о периоде использовали декскетопрофен.

Оценивались интраоперационные и ранние послеоперационные осложнения (таблица 2).

В раннем послеоперационном периоде выраженный болевой синдром был отмечен у 12 пациентов после открытой операции, которым требовалось введение в первые сутки после операции наркотических анальгетиков.

Серьезных интраоперационных осложнений при TAPP пластике рецидивных паховых грыж не было, а в раннем послеоперационном периоде небольшой отек мошонки наблюдался у 8 (16,3%) больных. После лапароскопической герниопластики значительного болевого синдрома не было выявлено ни у одного больного и не были нужны наркотические анальгетики. Летальных исходов не было.

Отдаленные результаты от 6 месяцев до 6 лет прослежены у 78 больных, повторный рецидив грыжи выявлен у 3 (3,8%) пациентов. Рецидив заболевания во всех 3 пациентов возник после выполненной открытой аутопластики, скорее всего из-за выбора неадекватного способа пластики пахового канала. У одного пациента после ликвидации паховой грыжи на этой же стороне появилась бедренная грыжа.

После лапароскопических вмешательств рецидива грыж не было обнаружено.

Характер и количество интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений при паховом доступе можно объяснить работой в рубцово измененных тканях, часто не имея информации о виде предыдущей операции. А повторная герниопластика, что требует выделения семенного канатика, может приводить к его тяжелым травмам. Также открытые операции достаточно часто препятствуют надежной пластике грыжевого дефекта.

Лапароскопическое вмешательство не сложнее, чем открытая операция, хотя и требует специальных навыков и оборудования, средняя продолжительность лапароскопической операции была несколько

короче – 89 мин, чем открытой операция – 115 мин. Разница была статистически недостоверной. При определении частоты интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений нами выявлено статистически достоверно ($p < 0,01$) меньше число осложнений после лапароскопической, чем после открытой операции.

Учитывая полученные данные, мы видим, что лапароскопическая методика имеет преимущества при хирургическом лечении рецидивных паховых грыж. Это можно объяснить тем, что вмешательство проводится на не измененных предварительно тканях.

Технически TAPP герниорафия при рецидивных паховых грыжах менее сложная, а также гораздо менее травматическая, чем открытая операция, она сопровождается меньшим количеством осложнений и при правильном выполнении операции не сопровождается рецидивами. TAPP методика позволяет значительно ускорить послеоперационную реабилитацию.

С целью индивидуализации подхода при лечении пациентов с РПГ, целесообразно выделять типы РПГ, что позволит выбрать наиболее адекватный и наименее травматичный метод пластики, который способен дополнить уже имеющийся или полностью его изменить. Тип рецидивной грыжи необходимо определить до выполнения операции.

Выводы

1. Чаще всего (в 84% наблюдений) РПГ оказываются после аутопластики пахового канала.

2. Причинами рецидивов после пластики по Lichtenstein есть огрехи в оперативной технике, а именно недостаточная фиксация сетки или использования импланта малого размера и нагноение послеоперационной раны.

3. Использование аллопластических методов при рецидивных паховых грыжах является патогенетически обоснованным и надежным методом пластики, показывает хорошие ближайшие и отдаленные результаты.

4. Эффективным и наименее травматичным, по нашему мнению, является устранение рецидивной грыжи, которая возникла после передней пластики пахового канала, лапароскопическим TAPP способом, без выделения элементов семенного канатика.

Перспективы дальнейших исследований. До настоящего времени не разработаны четкие протоколы оперативного лечения пациентов с РПГ, что затрудняет выбор оптимального метода. Поэтому необходимо оценить результаты существующих новых способов операций, как открытых преперитонеальных так и лапароскопических – трансабдоминальной предбрюшинной (ТАПБ) герниопластики и полностью внебрюшинной (ПВБ) герниопластики, что позволит определить объективные критерии для обоснования хирургической тактики при определенном типе РПГ.

Література

1. Sayenko VF, Belyanskiy LS, Lavrik AS. Sovremennyye podkhody k vyboru metoda plastiki retsidivnoy pakhovoy gryzhi. Gerniologiya. 2007;3:11-5. [in Russian].
2. Acquaviva Don E, Bourret P, Corti F. Consideration sur l'emploi de plaques de nylon comme materiel de plastic parietale. 52 Congres Francais de Chirurgie. Paris: 1949. p. 453-7.
3. Amid JP. Classification of biomaterials and their related complications in abdominal wall hernia surgery. Hernia. 1997;1:15-21.
4. Brenner J. Mesh materials in hernia repair. Expert meeting on hernia surgery. St. Moritz: Basel. Karger; 1995. p. 172-9.
5. DeBord JR. The historical development of prosthetics in hernia surgery. Surg. Clin. N. Am. 1998;78:1089-102.
6. Shulman AG, Amid PK, Lichtenstein IL. The «plug» repair of 1402 recurrent inguinal hernias; 20 year experience. Arch. Surg. 1990;125:265-7.
7. Burcharth J, Pommergaard HC, Bisgaard T, Rosenberg J. Patient-related risk factors for recurrence after inguinal hernia repair: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Surg Innov. 2015;22(3):303-17. DOI: 10.1177/1553350614552731
8. Vârcuş F, Duţă C, Dobrescu A, Lazăr F, Papurica M, Tarta C. Laparoscopic Repair of Inguinal Hernia TEP versus TAPP. Chirurgia (Bucur). 2016;111(4):308-12.
9. Ramjani JK, Dossa F, Stukel TA, Urbach DR, Fu L, Baxter NN. Reoperation for inguinal hernia recurrence in Ontario: a population-based study. Hernia. 2019;23(4):647-54. DOI: 10.1007/s10029-018-1822-0
10. Lichtenstein IL, Shulman G. Ambulatory outpatient hernia surgery including a new concept introducing tension – free repair. Int. Surg. 1986;71:1-4.
11. Ijzermans JNM, H de Wilt, Hope WC, Jeekel H. Recurrent inguinal hernia treated by classical hernioplasty. Arch. Surg. 1991;3(126):1097-100.
12. Katri KM. Open preperitoneal mesh repair of recurrent inguinal hernia. Hernia. 2009;13:585-9.
13. Campanelli G, Pettinari D, Nicolosi FM, Cavalli M, Avesani EC. Inguinal hernia recurrence: classification and approach. Hernia. 2006;10(2):159-61.
14. The Hernia Surge Group. International Guidelines for Groin Hernia Management. Hernia. 2018;22(1):1-165. DOI: 10.1007/s10029-017-1668-x

ВИБІР СПОСОБУ ЛІКУВАННЯ РЕЦИДИВНИХ ПАХОВИХ ГРИЖ

Кравців М. І., Дудченко М. О.

Резюме. *Мета.* Аналіз причин розвитку і способів хірургічного лікування рецидивних пахових гриж (РПГ). За їх результатами встановлення пріоритетної методики лікування РПГ.

Об'єкт і методи. У статті проаналізовано досвід лікування 131 пацієнта з рецидивною паховою грижею, які були планово прооперовані з 2005 по 2019 рік у хірургічних відділеннях Полтавської ЦРКЛ, 2-й МКЛ м. Полтава та КП «3-я МКЛ ПМР». Чоловіки склали близько 95,4% серед хворих з РПГ. За характером попередньої пластики пацієнти характеризувалися наступним чином: в 110 (84%) хворих рецидиви виникли після аутопластичних способів (Girard-Спасокукоцького-Кимбаровського 68 (52%) випадків, Bassini – 25 (19%) і Postempsky – 17 (13%) випадків) і у 21 (16%) пацієнта – після герніопластики по Lichtenstein. Вперше рецидивні грижі зустрічалися в 115 (87,8%) хворих, повторно рецидивні – в 11 (8,4%), багаторазово рецидивуючі – в 5 (3,8%).

Результати. Серед виявлених причин рецидивів після операції по Lichtenstein були порушення оперативної техніки і нагноєння післяопераційної рани, тоді як після фасціомиопластичних способів пластики пахового каналу спостерігали розвиток атрофічних і дегенеративних змін тканин пахової області. Пацієнтам з РПГ були виконані наступні види пластики: лапароскопічна трансабдомінальна преперитонеальна (trans abdominal pre-peritoneal repair – TAPP) в 49 (37,4%) пацієнтів і Lichtenstein в 46 (35,1%) пацієнтів з використанням поліпроленового сітчастого імплантату, у 23 (17,5%) випадках виконана пластика задньої стінки по Postempsky, у 7 (5,3%) хворих – по Bassini і у 6 (4,6%) – за Girard. Середній ліжко-день склав $5,8 \pm 1,6$ днів. Оцінювалися інтраопераційні та ранні післяопераційні ускладнення.

Висновок. З метою індивідуалізації підходу при лікуванні пацієнтів з РПГ, доцільно виділяти типи РПГ. Встановлено, що найбільш ефективним і найменш травматичним способом усунення рецидивної пахової грижі, яка виникла після передньої пластики пахового каналу є лапароскопічний TAPP спосіб, без виділення елементів сім'яного канатика.

Ключові слова: пахова грижа, рецидив, пластика, операція.

ВЫБОР СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Кравцов Н. И., Дудченко М. А.

Резюме. *Цель.* Анализ причин развития и способов хирургического лечения рецидивных паховых грыж (РПГ). По их результатам установление приоритетной методики лечения РПГ.

Объект и методы. В статье проанализирован опыт лечения 131 пациента с рецидивной паховой грыжей, которые были планово прооперированы с 2005 по 2019 год в хирургических отделениях Полтавской ЦРКБ, 2-ой ГКБ г. Полтава и КК «3-я ГКБ ПГС». Мужчины составляли около 95,4% среди больных с РПГ. По характеру предварительной пластики пациенты характеризовались следующим образом: у 110 (84%) больных рецидивы возникли после аутопластических способов (Girard-Спасокукоцкого-Кимбаровского 68 (52%) случаев, Bassini – 25 (19%) и Postempsky – 17 (13%) случаев) и у 21 (16%) пациента – после герниопластики по Lichtenstein. Впервые рецидивные грыжи встречались у 115 (87,8%) больных, повторно рецидивные – у 11 (8,4%), многократно рецидивирующие – у 5 (3,8%).

Результаты. Среди выявленных причин рецидивов после операции по Lichtenstein были нарушения оперативной техники и нагноение послеоперационной раны, тогда как после фасциомиопластических способов пластики пахового канала наблюдали развитие атрофических и дегенеративных изменений тканей паховой области. Пациентам с РПГ были выполнены следующие виды пластики: лапароскопическая трансабдомінальна преперитонеальная (trans abdominal pre-peritoneal repair – TAPP) у 49 (37,4%) пациентов и Lichtenstein у 46 (35,1%) пациентов с использованием полипроленового сетчатого имплантата, в 23 (17,5%) случаях выполнена

пластика задньої стінки по Postempky, у 7 (5,3%) больних – по Bassini і у 6 (4,6%) – по Girard. Середній койко-день склав $5,8 \pm 1,6$ днів. Оцінювалися інтраопераційні та ранні післяопераційні ускладнення.

Висновок. С метою індивідуалізації підходу при ліченні пацієнтів з РПГ, цілесобразно виділяти типи РПГ. Установлено, що найбільш ефективним і найменш травматичним способом усунення рецидивної пахової грижі, котра виникла після передньої пластики пахового каналу є лапароскопічний TAPP спосіб, без виділення елементів семенного канатика.

Ключові слова: пахова грижа, рецидив, пластика, операція.

THE CHOICE OF A TREATMENT METHOD OF RECURRENT INGUINAL HERNIA

Kravtsiv M. I., Dudchenko M. O.

Abstract. Objectives. Analysis of the causes of development and methods of surgical treatment of recurrent inguinal hernias (RIGs). Based on their results, the establishment of a priority method for the treatment of RIGs.

Methods. The article analyzes the experience of treating 131 patients with recurrent inguinal hernia who were undergoing elective surgery from 2005 to 2019 in the surgical departments of the Poltava Central District Clinical Hospital, the 2nd Poltava City Clinical Hospital and the 3rd Poltava City Clinical Hospital. Men accounted for about 95.4% of patients with RIGs. According to the nature of prior repair, patients were characterized as follows: in 110 (84%) patients relapses occurred after autoplasmic methods (Girard-Spasokukotsky-Kimbarovsky 68 (52%) cases, Bassini – 25 (19%) and Postempky 17 (13%) cases) and in 21 (16%) patients – after hernioplasty according to Lichtenstein. For the first time recurrent hernias were met in 115 (87,8%) patients, re-recurrence – in 11 (8,4%), multiple recurrence – in 5 (3,8%).

Results. Among the revealed causes of relapses after Lichtenstein repair were surgical technique abnormalities and suppuration of the postoperative wound, whereas after the fasciomyoplastic methods of plastic of the inguinal canal, development of atrophic and degenerative changes in the inguinal area was observed. Patients with RIGs had the following types of repair: trans abdominal pre-peritoneal repair (TAPP) in 49 (37.4%) patients and Lichtenstein in 46 (35.1%) patients using a polypropylene mesh implant; in 23 (17.5%) cases, Postempky, in 7 (5.3%) patients – according to Bassini and 6 (4.6%) – according to Girard. The average bed day was 5.8 ± 1.6 days. The intraoperative and early postoperative complications were evaluated.

Conclusion. In order to individualize the approach in the treatment of patients with RIGs, it is advisable to distinguish the types of RIGs. It has been established that the most effective and least traumatic method of a recurrent inguinal hernia repair that has arisen after anterior plastic of the inguinal canal is the laparoscopic TAPP method, without isolating the elements of the spermatic cord.

Key words: inguinal hernia, recurrence, repair, surgery.

Рецензент – проф. Ляховський В. І.
Стаття надійшла 09.05.2020 року

DOI 10.29254/2077-4214-2020-2-156-116-120

УДК 616.858.-008.6.-03:616-005-02

Кривчун А. М., Пінчук В. А., Силенко Г. Я.

СУДИННИЙ ПАРКІНСОНІЗМ: КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ, КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)

krivchun.anshelina@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Робота є фрагментом НДР «Клініко-патогенетична оптимізація діагностики, прогнозування, лікування та профілактики ускладнених розладів центральної нервової системи, а також неврологічних порушень при соматичній патології» (№ державної реєстрації 0116U004190).

Вступ. Судинний паркінсонізм (СП) – варіант вторинного (симптоматичного, атипичного) паркінсонізму, який виникає внаслідок ішемічного або геморагічного ураження базальних гангліїв, середнього мозку і (або) їх зв'язків з лобними долями [1]. СП становить 2,5-5% всіх випадків паркінсонізму в різних популяційних і клінічних дослідженнях [2,3]. СП відомий в неврологічній практиці з 1929 р, коли Critchley М. вперше описав 5 випадків даного захворювання. До запровадження в медичну практику нейровізуалізації – комп'ютерної томографії (КТ) та магнітно-резонансної томографії (МРТ), достовірний діагноз міг бути встановлений лише після патоморфологічного

дослідження. Але і на даний момент немає специфічного МРТ-патерну, характерного для хворих СП.

Розвиток СП пов'язаний з ураженням «стратегічних» зон головного мозку в результаті цереброваскулярних захворювань. До них відносяться шкаралупа, блідий шар, біла речовина лобових часток, таламус, середній мозок [4,5]. Основною причиною СП є артеріальна гіпертензія, яка призводить до розвитку мікроангіопатій та порушень кровопостачання глибинних структур мозку, зокрема дифузне двобічне ішемічне ураження білої речовини в перивентрикулярній зоні, а також множинні лакунарні інфаркти в базальних гангліях і глибинних структурах білої речовини півкуль. Рідше причиною СП є атеросклероз мозкових артерій великого і середнього калібру (макроангіопатії), що приводить до розвитку більш великих кіркових або підкіркових інфарктів. Інколи причинами СП є крововиливи в середній мозок і шкаралупу, кардіоемболії судин мозку [2]. Захворюваність на СП збільшується з віком.