

# ЄВРОПЕЙСЬКА АСОЦІАЦІЯ ГЕРНІОЛОГІВ

## МІЖНАРОДНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ЛІКУВАННЯ ПАХВИННОЇ ГРИЖІ

2019 р.

ЗМІСТ	СТОРІНКА
Вступ	3
Методи	4
Короткий виклад	4
Роз'яснення рекомендацій	4
Розділ 2 Фактори ризику	5
Розділ 3 Методи діагностичного обстеження	5
Розділ 4 Класифікація	5
Розділ 5 Показання: варіанти лікування пацієнтів із симптомами та без симптомів	6
Розділ 6 Хірургічне лікування пахвинних гриж	
Розділ 7 Індивідуальний підхід до лікування	6-8
Розділ 8 Приховані грижі	9
Розділ 9 Денний хірургічний стаціонар	10
Розділ 10 Сітка	10
Розділ 11 Фіксація сітки	11
Розділ 12 Антибіотикопрофілактика	12
Розділ 13 Анестезія	12
Розділ 14 Профілактика та лікування раннього післяопераційного болю	13
Розділ 15 Одужання	13
Розділ 16 Пахвинна грижа у жінок	14
Розділ 17 Стегнова грижа	14
Розділ 18 Ускладнення: профілактика та лікування	15
Розділ 19 Біль: профілактика та лікування	15
Розділ 20 Рецидив пахвинної грижі	16-17
Розділ 21 Екстрене лікування пахвинної грижі	18
Розділ 22 Навчання та здобуття досвіду	18
Розділ 23 Спеціалізовані центри та спеціалісти з герніології	19
Розділ 24 Витрати	19
Розділ 25 Реєстри випадків пахвинної грижі	20
Розділ 26 Результати та оцінка якості	20
Розділ 27 Тренування та навчальна крива	21
Розділ 28 Хірургічне лікування пахвинної грижі в умовах обмежених ресурсів	21
Висновки	22
	23

## ВСТУП

До Вашої уваги основний зміст Міжнародних рекомендацій щодо лікування пахвинної грижі, який було опубліковано в журналі *Hernia* («Грижа») (*Hernia*. 2018 лют.; 22 (1): 1-165.ЦЮ: 10.1007/s10029-017-1668-x). Рекомендації є у вільному доступі в Інтернеті на сайті Springer, Pubmed та на вебсайті HerniaSurge ([www.herniasurge.com](http://www.herniasurge.com)). В цьому матеріалі немає посилань. Їх можна переглянути в статті в режимі онлайн. Рекомендації складаються зі 165 сторінок із 136 твердженнями, 88 рекомендаціями та 1299 посиланнями. Вони розроблені для загальних хірургів та мають на меті запропонувати рекомендації для лікування більшості пацієнтів з пахвинною грижею. Ми пропонуємо цей короткий виклад хірургам, які не володіють англійською мовою, але радимо прочитати весь документ для кращого розуміння всіх деталей та аспектів лікування. Відхилення від керівних принципів може бути необхідним або виправданим, особливо з огляду на відмінності в культурі, навчанні, знаннях, матеріально-технічних засобах та економічних можливостях, які існують на континенті і навіть на місцевому та регіональному рівні.

У всьому світі щорічно здійснюють пластику пахвинної грижі понад 20 мільйонам пацієнтів. Багато різних підходів, показань для лікування та значний арсенал методик для пластики пахвинної грижі лягли в основу рекомендацій з метою стандартизації лікування, мінімізації ускладнень та покращення результатів.

Головна мета рекомендацій – поліпшити результати лікування пацієнтів, зокрема зменшити частоту рецидивів та хронічного білю, які є на частішими ускладненнями після герніопластики. Вони були схвалені усіма п'ятьма асоціаціями герніологів та Міжнародним товариством ендо-герніологів та Європейською асоціацією ендоскопічних хірургів.

Сімонс МП, Сметанські М, Бонер ГДж, Біттнер Р, Місерез М, Ауфенакер ТДж, Фіцгіббонс РДж, Човбі ПК, Тран ГМ, Сані Р, Берревоет Ф, Бінгенер Дж, Бісгаард Т, Бурі К, Кампанеллі Г, Чен ДК, Конзе Дж, Куккурульйо Д, де Бу АК, Екер ГГ, Фортелні РГ, Джілліон ДжФ, ван ден Геувел БДж, Гоуп ВВ, Йоргенсен ЛН, Клінге У, Кьокерлінк Ф, Куклета ДжФ, Конате І, Ліем АЛ, Ломанто Д, Лус МДжА, Лопез-Кано М, Місра МК, Монтгомері А, Моралес-Конде С, Муйсомс ФЕ, Небург Г, Нордін П, Павлак М, ван Рамшорст ГГ, Рейнполд ВМДж, Сандерс ДЛ, Шаутен Н, Смедберг С, Зіммермахер РКДж, Тумтавітікул С, ван Веенендаал Н, Вейге Д, Війсмюллер АР.

(Simons MP, Smietanski M, Bonjer HJ, Bittner R, Miserez M, Aufenacker TJ, Fitzgibbons RJ, Chowbey PK, Tran HM, Sani R, Berrevoet F, Bingener J, Bisgaard T, Bury K, Campanelli G, Chen DC, Conze J, Cuccurullo D, de Beaux AC, Eker HH, Fortelny RH, Gillion JF, van den Heuvel BJ, Hope WW, Jorgensen LN, Klinge U, Köckerling F, Kukleta JF, Konate I, Liem AL, Lomanto D, Loos MJA, Lopez-Cano M, Misra MC, Montgomery A, Morales-Conde S, Muysoms FE, Niebuhr H, Nordin P, Pawlak M, van Ramshorst GH, Reinpold WMJ, Sanders DL, Schouten N, Smedberg S, Simmermacher RKJ, Tumtavitikul S, van Veenendaal N, Weyhe D, Wijsmuller AR.

## МЕТОДИ

Сформовано міжнародну експертну групу з хірургів (HerniaSurge Group) та одного анестезіолога-спеціаліста з лікування болю. До Групи увійшли вчені, представники усіх континентів, які мають значний досвід у дослідженні проблеми гриж. Особливу увагу приділили тому, щоб до експертної групи входили хірурги, які виконують усі види герніопластик, і, бажано, проводили наукові дослідження у цій царині. Під час першого засідання Групи відбувся тренінг з доказової медицини (ДМ) та було сформульовано 166 ключових питань (КП). Правил ДМ дотримано під час повного вивчення літератури (зокрема

вичерпного пошуку у базі даних The Dutch Cochrane) до 1 січня 2015 року та до 1 липня 2015 року щодо публікацій 1-го рівня.

Статті оцінювались командами у складі двох-трьох осіб відповідно до методологій Oxford, SIGN та Grade. Під час п'яти дводенних зустрічей результати було обговорено з членами робочої групи, на основі чого було сформульовано 136 тверджень та 88 рекомендацій. Рекомендації поділили на «обов'язкові» (рекомендації) або «необов'язкові» (пропозиції) та в деяких випадках вдосконалили їх шляхом консенсусу. У розділі «Результати» та «Короткий виклад» нижче слово «слід» вжито на позначення рекомендаційного характеру. Інструмент AGREE II було використано для підтвердження якості рекомендацій. Три міжнародні експерти здійснили зовнішню перевірку вказівок та рекомендували їх з високими оцінками.

### **КОРОТКИЙ ВИКЛАД**

Цей короткий виклад містить невеликий вступ до кожного розділу та найбільш актуальні рекомендації. Він аж ніяк не є повним, однак призначений для перекладу багатьма мовами. Використано 63 з 88 рекомендацій. Будь ласка, прочитайте повну статтю для детальнішої інформації.

### **РОЗ'ЯСНЕННЯ РЕКОМЕНДАЦІЙ**

**ВИСОКИЙ СТУПІНЬ ДОКАЗОВОСТІ:** *Користь переважає або не переважає ризики та непрямі витрати.*

**НИЗЬКИЙ СТУПІНЬ ДОКАЗОВОСТІ:** *Користь, ризики та непрямі витрати добре збалансовані.*

## **РОЗДІЛ 2**

### **ФАКТОРИ РИЗИКУ**

Фактори ризику виникнення пахвинної грижі (ПГ): спадковість, попередня контралатеральна грижа, чоловіча стать, вік, порушення метаболізму колагену, простатектомія та низький індекс маси тіла. Периопераційні фактори ризику рецидиву: погана хірургічна техніка, невелика кількість операцій, які виконує хірург, малий досвід хірурга та місцева анестезія, що слід враховувати під час лікування пацієнтів з ПГ.

### **РЕКОМЕНДАЦІЇ**

**ВИСОКИЙ СТУПІНЬ ДОКАЗОВОСТІ:** Рекомендовано ретельно враховувати набуті, хірургічні та периопераційні фактори ризику, оскільки вони потенційно можуть бути змінені та впливати на тип лікування.

## **РОЗДІЛ 3**

### **МЕТОДИ ДІАГНОСТИЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ**

Діагноз пахвинної грижі можна підтвердити у переважній більшості пацієнтів з відповідними ознаками та симптомами шляхом лише фізикального обстеження. Рідко потрібне УЗД обстеження. Ще рідше, але все ж може бути застосоване МРТ або КТ в динаміці або герніографія. Діагностика у жінок може бути ускладнена вищою частотою стегнових гриж.

#### **РЕКОМЕНДАЦІЇ**

**ВИСОКИЙ СТУПІНЬ ДОКАЗОВОСТІ:** Поєднання клінічного та ультразвукового обстеження рекомендоване як найбільш доцільне для пацієнтів з незначним випинанням у пахвинній ділянці або можливими прихованими пахвинними грижами. МРТ або КТ в динаміці можна застосувати для подальшого обстеження, якщо ультразвукове обстеження негативне або неінформативне.

### **РОЗДІЛ 4 класифікація**

Для проведення досліджень, адаптування варіантів лікування та проведення аудиту якості для пахвинних гриж рекомендується використовувати класифікацію EHS (Європейської Асоціації Герніологів).

### **РОЗДІЛ 5 показання: ВАРІАНТИ ЛІКУВАННЯ СИМПТОМНИХ ТА БЕЗСИМПТОМНИХ ПАЦІЄНТІВ**

Симптоматичні пахвинні грижі слід лікувати хірургічним шляхом. Чоловіків з ПГ без симптомів або з мінімальними симптомами можна спостерігати в динаміці, оскільки ризик виникнення невідкладних станів, пов'язаних з грижею, низький. У більшості цих осіб з часом розвиваються симптоми, переважно біль, і вони потребують хірургічного втручання. Тому природний перебіг безсимптомної грижі або грижі з мінімальними симптомами та хірургічні ризики слід обговорювати з пацієнтами. Хірургічне лікування повинне відповідати досвіду хірурга, особливостям пацієнта та грижі й місцевим/національним ресурсам. Крім того, фактори, пов'язані зі здоров'ям пацієнта, способом життя, та соціальні фактори повинні спільно впливати на процес прийняття рішення, що веде до лікування грижі.

#### **РЕКОМЕНДАЦІЇ**

**ВИСОКИЙ СТУПІНЬ ДОКАЗОВОСТІ:** Рекомендовано обговорити з пацієнтами терміни лікування грижі, щоб привернути увагу до соціального середовища, роду заняття та загального стану здоров'я. Слід

зважити меншу частоту ускладнень після планового хірургічного втручання у порівнянні із вищою частотою ускладнень у випадку ургентної операції.

## **РОЗДІЛ 6 ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАХВИННИХ ГРИЖ**

Вибір найкращого або того, який найбільше підходить, методу лікування пахвинної грижі – справжній виклик. Найкраща операційна техніка характеризується наступними критеріями: низький ризик ускладнень (біль та рецидив), (відносно) проста крива навчання, швидке відновлення, результати, які легко відтворити та економічна ефективність. Прийняття рішення відносно методу операційного лікування також залежить від багатьох факторів, а саме: особливості грижі, тип анестезії, преференції хірурга, можливостей навчання та матеріально-технічних засобів. Необхідно враховувати бажання пацієнта. Між хірургами, країнами та регіонами існують культурні відмінності.

### **ПЛАСТИКА БЕЗ ВИКОРИСТАННЯ СІТКИ**

Пластику без використання сітки застосовують, якщо сітка недоступна або прийняте спільне рішення з пацієнтами, які не хочуть імплантації сітки. Shouldice – найкраща методика пластики власними тканинами, хоча в загальній практиці частота рецидивів вища, ніж при використанні сітки, а ризики болю є співмірними. Потрібні додаткові дослідження щодо доцільності пластики без використання сітки в тих випадках, коли ризик рецидиву низький (наприклад, у молодих чоловіків з косою грижею), а також щодо результатів експертних клінік.

### **РЕКОМЕНДАЦІЇ**

**ВИСОКИЙ СТУПІНЬ ДОКАЗОВОСТІ:** Для пластики пахвинної грижі без імплантації сітки рекомендується використовувати методику Shouldice.

### **ПЛАСТИКА З ВИКОРИСТАННЯМ СІТКИ**

Пластика з імплантацією сітки – це основний спосіб, як для відкритої так і для лапаро-ендоскопічної операції. Не існує єдиної стандартної методики пластики всіх пахвинних гриж. Рекомендовано, щоб хірурги та хірургічні відділення забезпечували можливість як передньої, так і задньої пластики. Операція Ліхтенштейна та лапаро-ендоскопічна пластика є найкраще вивченими. Багато інших методик, таких як відкрита преперитонеальна імплантація сітки або застосування спеціальних типів сіток, потребують подальшого вивчення. Вони не кращі за операцію Ліхтенштейна. Сітки “Plugs” і техніка імплантації сітки через дві площини (імплантація сітки з переднього доступу у задню площину) не рекомендується використовувати або ж слід використовувати лише в умовах клінічних досліджень. За наявності ресурсів та досвіду, лапаро-ендоскопічні методи дозволяють швидше відновлюватися, мають менший ризик хронічного болю та є економічно ефективними. Методики TAPP (трансабдомінальна преперитонеальна пластика) та TEP (тотальна екстра-перитонеальна пластика) мають співмірні результати та їх вибір залежить від підготовки та досвіду хірургів. Існують дискусії щодо лапаро-ендоскопічного лікування потенційних двосторонніх гриж (питання прихованої грижі). Після отримання згоди пацієнта, під час виконання операції методом TAPP слід оглянути протилежну сторону. Це не слід робити у випадку TEP пластики односторонньої грижі. Рекомендації щодо лікування в умовах обмежених ресурсів коротко викладені у розділі 28.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

**ВИСОКИЙ СТУПІНЬ ДОКАЗОВОСТІ:** Пацієнтам з пахвинними грижами рекомендується пластика з використанням сітки.

Не дивлячись на співмірні результати не рекомендується використовувати тривимірні імплантати (вставні та двошарові) через надмірне використання сторонніх матеріалів, необхідність втручання як у передню, так і в задню площину, та додаткові витрати.

Сьогодні не рекомендують використовувати інші імплантати, крім стандартної плоскої сітки для операції Ліхтенштейна.

Оскільки TAPP та TEP мають співмірні результати, рекомендується, щоб під час лапаро-ендоскопічної пластики пахвинної грижі вибір методики ґрунтувався на кваліфікації, тренованості та досвіді хірурга.

Лапаро-ендоскопічну пластику рекомендується здійснювати для первинних двосторонніх пахвинних гриж за умови наявності хірурга з відповідним досвідом та достатнім забезпеченням.

**НИЗЬКИЙ СТУПІНЬ ДОКАЗОВОСТІ:** Лікування пахвинної грижі без сітки можна пропонувати у випадках, коли пацієнт відмовляється від використання сітки та/або після спільного прийняття рішення.

Відкрита операція з преперитонеальною імплантацією сітки, щоб замінити плоску сітку для операції Ліхтенштейна, пропонується виконувати в умовах клінічного дослідження.

Пацієнтам чоловічої статі з первинною односторонньою пахвинною грижею пропонується лапаро-ендоскопічна методика через меншу частоту післяопераційного болю та хронічного болю за умови наявності хірурга з відповідним та достатнім забезпеченням. Однак існують особливості пацієнта та грижі, які вимагають застосування саме методики Ліхтенштейна.

## РОЗДІЛ 7 ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ

Актуальним є вислів, що будь-яка операція, яка ретельно вивчена та часто виконується з хорошими результатами, є прийнятною. Деякі операції легко засвоїти і вони дають хороші результати, натомість інші техніки важко опанувати, але вони пропонують чудові результати. Всі ці методики значною мірою залежать від знань хірурга анатомії, кількості операцій, які він виконує та відданість хірургії пахвинних гриж. Тому перед хірургами-герніологами постає запитання: «Яку методику та в якому випадку слід використовувати?» Індивідуалізовані методики мають як переваги так і недоліки, наприклад можливість оперування під місцевою анестезією, одночасна пластика контралатеральної грижі, не працювати в рубцево змінених тканинах при повторних операціях завдяки вибору того чи іншого методу операції. В результаті виникає запитання, які фактори повинні впливати на прийняття рішення щодо вибору методики хірургічного втручання? Чи можна стандартизувати лікування ПГ, чи його слід індивідуалізувати? Якщо індивідуалізувати, які чинники повинні впливати на вибір операції?

## РЕКОМЕНДАЦІЇ

**ВИСОКИЙ СТУПІНЬ ДОКАЗОВОСТІ:** Лапаро-ендоскопічну пластику рекомендовано застосовувати для лікування первинних двобічних пахвинних гриж за умови наявності хірурга з належними та достатніми ресурсами.

Пацієнтам з патологією тазу або утворенням рубців внаслідок променевого лікування, або після операції у малому тазі, або пацієнтам, які перебувають на перитонеальному діалізі, слід розглядати герніопластику з переднього доступу.

Хірургам рекомендовано адаптувати лікування ґрунтуючись на досвіді, місцевих/національних ресурсах, а також факторах, які пов'язані з пацієнтом чи грижею.

Оскільки загальноприйнятої методики, яка підходить для лікування всіх пахвинних гриж, не існує, рекомендовано, щоб хірурги та медичні заклади надавали можливість проводити герніопластику, як з переднього, так і із заднього доступу.

## **РОЗДІЛ 8 ПРИХОВАНІ (КОНТРАЛАТЕРАЛЬНІ) ГРИЖІ**

За визначенням групи HerniaSurge, прихована грижа – це безсимптомна грижа, яка не виявляється при фізикальному огляді.

Зважаючи на етіологію, ПГ може утворитися з обох боків, але для багатьох пацієнтів типовим є наявність однієї симптоматичної грижі. Іноді при фізикальному огляді виявляють контралатеральну грижу, але у більшості хворих на час первинного огляду є контралатеральна прихована грижа, яка згодом може стати симптоматичною. В іншій підгрупі пацієнтів контралатеральна грижа розвивається пізніше від первинного огляду і вона буде вимагати лікування згодом.

### **РЕКОМЕНДАЦІЇ**

**ВИСОКИЙ СТУПІНЬ ДОКАЗОВОСТІ:** Рекомендовано перевірити контралатеральну пахвинну ділянку під час пластики методикою TAPP. Якщо під час операції була виявлена контралатеральна пахвинна грижа і було отримано попередню інформовану згоду, рекомендуємо провести її пластику.

**НИЗЬКИЙ СТУПІНЬ ДОКАЗОВОСТІ:** Для пацієнтів з явною однією первинною пахвинною грижою без контралатеральної грижі, рутинна двостороння пластика методикою TAPP не рекомендується.

Дослідження контралатеральної пахвинної ділянки за допомогою ТЕР-методики у безсимптомного пацієнта без клінічної грижі не рекомендується.

## **РОЗДІЛ 9 ДЕННИЙ ХІРУРГІЧНИЙ СТАЦІОНАР**

Денний хірургічний стаціонар є можливою і поширеною практикою у багатьох країнах. Чи буде використовуватися тактика денного стаціонару залежить від наступних факторів: стратегії післяопераційного догляду, матеріально-технічного забезпечення, страхування та відшкодування витрат.

### **РЕКОМЕНДАЦІЇ**

**ВИСОКИЙ СТУПІНЬ ДОКАЗОВОСТІ:** Денний хірургічний стаціонар рекомендується для більшості операцій з лікування пахвинної грижі за умови, що післяопераційний догляд буде організований та рекомендований для інших окремих випадків.

## РОЗДІЛ 10 сітки

Хірурги повинні знати типові характеристики сіток, які вони використовують. Використання так званої «легкої» сітки може мати незначні короткотермінові переваги, такі як зменшення післяопераційного болю та швидше одужання, але не має кращих довготермінових результатів, таких як рецидив та хронічний біль. Не рекомендовано обирати сітку лише за вагою. Частота ерозивних ускладнень є вищою у випадку використання Plug порівняно з плоскою сіткою. Рекомендовано не використовувати Plug імплантів. Зараз не рекомендовано використовувати інші імплантати для заміни стандартної плоскої сітки у операції Ліхтенштейна.

### РЕКОМЕНДАЦІЇ

**НИЗЬКИЙ СТУПІНЬ ДОКАЗОВОСТІ:** HerniaSurge рекомендує синтетичні плоскі монофіламентні сітки з великими порами (1-1,5 мм) з опором до розриву 16 Нм<sup>2</sup>, мінімальною міцністю на розрив у всіх напрямках (включаючи подальшу силу розриву) становить 16 Н/см<sup>2</sup>.

Що стосується післяопераційного болю внаслідок пластики пахвинної грижі, пропонується розглянути так звану «легку» сітку, хоча, ймовірно, вона забезпечить лише короткотермінові переваги.

Беручи до уваги ризик рецидиву медіальної ПГ М2 та М3 за класифікацією EHS, HerniaSurge пропонує не використовувати легку сітку.

## РОЗДІЛ 11 ФІКСАЦІЯ СІТКИ

Існують різні способи фіксації сітки, серед яких: кнопки, скоби, самофіксуючі сітки, фібринові герметики, клеї та хірургічні нитки. Єдиної думки щодо «найкращого» методу фіксації не існує, тому використовувані методи ґрунтуються на уподобаннях хірургів. У будь-якому випадку фіксація не рекомендується для всіх типів гриж у разі застосування методикі TAPP та TEP, за винятком великих прямих гриж. Беручи до уваги ризик післяопераційного болю через травматичні засоби фіксації, слід розглядати застосування клейової фіксації під час відкритої та лапаро-ендоскопічної пластики. Свідчення про те, що певний метод фіксації покращує результати якості життя пацієнта або операції, можуть мати значний вплив на клінічну практику.

### РЕКОМЕНДАЦІЇ

**ВИСОКИЙ СТУПІНЬ ДОКАЗОВОСТІ:** Фіксація сітки рекомендується пацієнтам з великими прямими грижами (М3 за класифікацією EHS), при пластиках за методикою TAPP або TEP, щоб зменшити ризик рецидиву.

**НИЗЬКИЙ СТУПІНЬ ДОКАЗОВОСТІ:** Для зменшення раннього післяопераційного болю пропонується атравматична фіксація сітки під час застосування відкритих технік пластики пахвинної грижі.

## РОЗДІЛ 12 АНТИБІОТИКОПРОФІЛАКТИКА

Антибіотикопрофілактика не рекомендується у пацієнтів із низьким ризиком інфікування у випадку виконання відкритої операції. У випадку лапаро-ендоскопічної пластики її застосування не рекомендується у жодному разі. В умовах високого ризику рекомендується застосовувати антибіотикопрофілактику у всіх випадках, окрім лапаро-ендоскопічних операцій.

## **РЕКОМЕНДАЦІЇ**

**ВИСОКИЙ СТУПІНЬ ДОКАЗОВОСТІ:** У разі відкритої пластики з використанням сітки не рекомендується призначення антибіотикопрофілактики пацієнтам із низьким ризиком інфікування.

Рекомендовано проводити антибіотикопрофілактику у випадку відкритої пластики з використанням сітки будь-якому пацієнту в умовах високого ризику інфікування.

Під час лапаро-ендоскопічної пластики не рекомендується проводити антибіотикопрофілактику будь-якому пацієнтові при будь-яких ризиках інфікування.

**НИЗЬКИЙ СТУПІНЬ ДОКАЗОВОСТІ:** Пропоновано застосовувати антибіотикопрофілактику у випадку відкритої пластики з використанням сітки у пацієнтів з високим ризиком інфікування.

## **РОЗДІЛ 13 АНЕСТЕЗІЯ**

Місцева анестезія у випадку відкритої пластики має багато переваг; її застосування рекомендовано за умови, що хірург має досвід у цій техніці. Загальній анестезії надають перевагу над регіональною для пацієнтів віком від 65 років, оскільки це може передбачати меншу кількість ускладнень, таких, як інфаркт міокарда, пневмонія та тромбоемболія. Переферичні блокади та/або субфасціальні/підшкірні місцеві анестезії рекомендуються у всіх випадках відкритої пластики пахвинних гриж.

## **РЕКОМЕНДАЦІЇ**

**ВИСОКИЙ СТУПІНЬ ДОКАЗОВОСТІ:** Місцева анестезія рекомендується для відкритої пластики вправимих пахвинних гриж, за умови, що хірурги мають досвід використання місцевої анестезії та призначення місцевих анестетиків.

Пацієнти можуть повертатись до звичайного способу життя без обмежень, як тільки стануть почуватися добре.

**НИЗЬКИЙ СТУПІНЬ ДОКАЗОВОСТІ:** Правильно проведена місцева анестезія вважається хорошою альтернативою загальній або регіональній анестезії у пацієнтів з важкими системними захворюваннями.

Загальній або місцевій анестезії рекомендується віддавати перевагу у порівнянні з регіональною для пацієнтів віком від 65 років.

## **РОЗДІЛ 14 ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ РАНЬОГО ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО БОЛЮ**

Було вивчено кілька підходів до лікування післяопераційного болю, зокрема різні види медикаментозного лікування та використання місцевих анестетиків. Різні локальні протоколи вказуватимуть хірургам, які заходи слід вживати.

## **РЕКОМЕНДАЦІЇ**

**ВИСОКИЙ СТУПІНЬ ДОКАЗОВОСТІ:** Перед- або периопераційне застосування різних видів місцевої анестезії, таких як периферичні блокади пахвинних нервів та/або субфасціальні/підшкірні місцеві анестезії, рекомендовані під час всіх відкритих операцій з приводу пахвинних гриж.

## РОЗДІЛ 15 одужання

Тривалість одужання, що визначається як період тимчасової непрацездатності та час, не призначений для відпочитку, є важливою ознакою етапу відновлення після операції з приводу ПГ. Однак більшість досліджень не вивчали вплив рекомендацій на швидкість відновлення.

### РЕКОМЕНДАЦІЇ

**ВИСОКИЙ СТУПІНЬ ДОКАЗОВОСТІ:** Пацієнтам рекомендується повернутися до звичайного способу життя без обмежень протягом трьох-п'яти днів або ж як тільки вони почуватимуться добре.

## РОЗДІЛ 16 ПАХВИННА ГРИЖА У ЖІНОК

За наявності відповідного досвіду, жінкам з пахвинними грижами рекомендується проведення лапаро-ендоскопічної операції, щоб зменшити ризик хронічного болю та з метою діагностики стегової грижі. Вагітним жінкам пропонується динамічне спостереження, оскільки набряк у пахвинній ділянці найчастіше спричинений варикозним розширенням вен круглої зв'язки, що не потребує лікування. Своєчасна пластика з використанням сітки лапаро-ендоскопічним методом пропонується у випадку стегових гриж за наявності відповідного досвіду.

### РЕКОМЕНДАЦІЇ

**ВИСОКИЙ СТУПІНЬ ДОКАЗОВОСТІ:** За наявності відповідного досвіду, жінкам з пахвинними грижами рекомендується проведення лапаро-ендоскопічної операції з імплантацією сітки.

Жінкам з пахвинними грижами рекомендується своєчасне лікування грижі.

Лікарі повинні пам'ятати про стегову грижу у випадку диференційної діагностики випинання в пахвинній ділянці у жінок.

**НИЗЬКИЙ СТУПІНЬ ДОКАЗОВОСТІ:** Вагітним жінкам з випинанням в пахвинній ділянці рекомендується динамічне спостереження.

Рекомендується уникати відсічення круглої зв'язки під час відкритої пластики. Відсічення круглої зв'язки можна виконувати у випадку зрощення її з очеревиною під час лапаро-ендоскопічної пластик, але проксимальніше від генітальної гілки нерва.

## РОЗДІЛ 17 СТЕГНОВА ГРИЖА

Хірургічне лікування (планове чи ургентне) стегової грижі становить приблизно 2% - 4% від всіх операцій з приводу гриж у пахвинній ділянці. Проте справжня захворюваність стеговою грижею ймовірно менша ніж 2% - 4%, оскільки ця оцінка спотворена високим відсотком хірургічно вилікованих стегових гриж у порівнянні до ПГ.

### РЕКОМЕНДАЦІЇ

**ВИСОКИЙ СТУПІНЬ ДОКАЗОВОСТІ:** Сітку рекомендовано використовувати для планового хірургічного лікування стегової грижі.

За наявності відповідного досвіду рекомендується лапаро-ендоскопічна процедура для планового операційного лікування стегнової грижі.

## **РОЗДІЛ 18 ускладнення: ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ**

Ускладнення, які виникають у лікуванні пахвинної грижі є детально представлені в повному тексті рекомендацій. Зокрема затримка сечі та статева дисфункція, гематома, серома, рідкісні серйозні ускладнення та смертність.

## **РОЗДІЛ 19 біль: ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ**

Хронічний біль є довготривалим ускладненням, що часто зустрічається майже після всіх хірургічних процедур. Однак немає єдиних визначень щодо того, що саме є хронічним болем після конкретних операцій. У випадку пластики ПГ характер болю може відрізнятися залежно від задіяних структур та органів у пластичі, а також методики пластики. Хоча певних інтраопераційних факторів (особливоті анатомії пахвинної ділянки та операційної техніки), які провокують біль, можна уникнути, хронічний післяопераційний пахвинний біль (ХППБ) залишається складною проблемою з численими психологічними, соціальними, генетичними та поведінковими факторами впливу. ХППБ є серйозним ускладненням, яке зустрічається у 10-12% пацієнтів, які перенесли пластику ПГ. Він визначається як надокучливий помірний біль, що впливає на повсякденну діяльність та триває щонайменше 3 місяці після операції. Серед факторів ризику ХППБ є: молодий вік, жіноча стать, сильний передопераційний біль, сильний ранній післяопераційний біль, рецидивуюча грижа та відкрите хірургічне втручання. У випадку ХППБ слід зосередитися на ідентифікації нервів під час відкритого хірургічного втручання, а в окремих випадках – на профілактичній прагматичній резекції нерва (планова резекція не пропонується). Бажано, щоб лікування ХППБ здійснювалося групою лікарів різних профілів. Також пропонується вести пацієнтів з ХППБ за допомогою поєднання фармакологічних та інтервенційних заходів, а у разі неефективності – у поодиноких випадках (потрійної) невректомії та (у окремих випадках) видалення сітки.

### **РЕКОМЕНДАЦІЇ**

**ВИСОКИЙ СТУПІНЬ ДОКАЗОВОСТІ:** Хронічний біль визначають як надокучливий помірний біль, що впливає на щоденну активність та триває більше трьох місяців після операції.

Для зменшення частоти хронічного болю після операції з приводу пахвинної грижі слід володіти знаннями з анатомії нервів та розпізнавати їх під час операції.

**НИЗЬКИЙ СТУПІНЬ ДОКАЗОВОСТІ:** Планова профілактична резекція клубово-підчеревного нерва не рекомендується.

Резекція клубово-пахвинного нерва та/або клубово-підчеревного нерва рекомендована, якщо було ятрогенне пошкодження нерва або якщо нерв(и) заважає(ють) розташуванню сітки.

Сильний/нестерпний біль, який виник відразу після операції, найбільш ймовірно вказує на пошкодження судин або нервів. Потрібно виконати повторну операцію в той самий день, щоб виключити або усунути ці ускладнення.

Для лікування пацієнтів з хронічним болем потрібно залучати команду лікарів різних профілів та спеціальностей. Фармакологічні та інтервенційні заходи, зокрема діагностичні та терапевтичні блокади нервів, мають тривати щонайменше три місяці (мінімум шість місяців після пластики грижі).

Потрібно використовувати індивідуалізований підхід до невректомії без або з видаленням сітки, залежно від первинного методу пластики та клінічної картини. Рішення щодо типу невректомії – вибіркової або потрійної – краще залишити на розсуд хірурга.

## **РОЗДІЛ 20 РЕЦИДИВНІ ПАХВИННІ ГРИЖІ**

Очевидно, що рецидив пахвинної грижі залишається серйозною проблемою охорони здоров'я. Частота може сягати до 15%. Цю цифру важко визначити, оскільки частота рецидивів залежить від тривалості спостереження. Незважаючи на значні ресурси, які спрямовано на вирішення цієї проблеми. У випадку рецидиву грижі після пластики з переднього доступу рекомендується пластика зі заднього доступу. Якщо після пластики черевної стінки зі заднього доступу виникає рецидив, тоді рекомендується операція з переднього доступу. Після невдалого переднього та заднього доступу рекомендується лікування фаховим хірургом-герніологом.

### **РЕКОМЕНДАЦІЇ**

**ВИСОКИЙ СТУПІНЬ ДОКАЗОВОСТІ:** Лапаро-ендоскопічна пластика рецидивної пахвинної грижі рекомендується після відкритої (передньої) операції за методикою Ліхтенштейна або інших відкритих пластик ПГ.

Пластика черевної стінки з переднього доступу рекомендується після невдалої пластики зі заднього доступу (TEP, TAPP).

Кваліфікований хірург-герніолог повинен усунути рецидив пахвинної грижі після невдалої операції переднім та заднім доступом. Вибір методики залежить від факторів, які орієнтовані на пацієнта (конкретний клінічний випадок) та хірурга.

## **РОЗДІЛ 21 УРГЕНТНЕ ЛІКУВАННЯ ПАХВИННОЇ ГРИЖІ**

У цьому розділі розглядають ключові питання щодо найкращого хірургічного підходу (відкритий передній або задній доступ (лапароскопічний)) та варіантів пластики (наприклад, з або без використання сітки). Важливо враховувати обмеження, у наявності сучасної літератури під час пошуку остаточних обґрунтованих відповідей на ключові клінічні запитання. До факторів ризику защемлення/странгуляції грижі належать: жіноча стать, наявність стегнової грижі та наявність госпіталізацій з приводу ПГ в анамнезі. Лікування невідкладних ситуацій повинно бути адаптоване до пацієнта, грижі, локального досвіду та наявності відповідних ресурсів для проведення цих операцій.

### **РЕКОМЕНДАЦІЇ**

**НИЗЬКИЙ СТУПІНЬ ДОКАЗОВОСТІ:** Для дорослих пацієнтів зі защемленими пахвинними грижами пропонується індивідуальний підхід, оскільки немає даних щодо оптимального хірургічного лікування.

## **РОЗДІЛ 22 ТРЕНУВАЛЬНА ТА НАВЧАЛЬНА КРИВА**

Тривалість навчання є різним залежно від методу операції. Ймовірно, близько сотні лапароскопічних пластик під наглядом експерта потрібні для досягнення тих самих результатів, що і у випадку відкритого хірургічного втручання із використанням сітки, наприклад операції Ліхтенштейна. Припускається, що навантаження на одного хірурга є важливішим за об'єм операцій у хірургічному центрі загалом. Рекомендовано розробити мінімальні атестаційні вимоги для присвоєння кваліфікації – хірург-герніолог. Те ж саме стосується присвоєння статусу «Центру герніології».

### **РЕКОМЕНДАЦІЇ**

**ВИСОКИЙ СТУПІНЬ ДОКАЗОВОСТІ:** Рекомендовано розробити цільову навчальну програму, що передбачає огляд анатомії, етапів різних операційних втручань, розвивати вміння приймати інтраопераційні рішення та висококваліфіковану підготовку, а також відпрацювання технічних навичок на тренажерах.

## **РОЗДІЛ 23 СПЕЦІАЛІЗОВАНІ ЦЕНТРИ ТА СПЕЦІАЛІСТИ З ГЕРНІОЛОГІЇ**

Для сертифікації центрів герніології слід дотримуватись вимог щодо кількості операцій, післяопераційного спостереження за пацієнтом та контролю якості. Європейська герніологічне товариство (EHS) має робочу групу під назвою ACCESS, яка розробляє вказівки щодо акредитації та сертифікації хірургічних центрів та хірургів. Основні рекомендації стосуватимуться мінімальних вимог щодо кількості операцій, які виконані у центрі, кількості операцій, які виконує хірург, методів втручань, які пропонуються, методів діагностики, наявності відділення інтенсивної терапії, реєстрації пацієнтів, якісного післяопераційного спостереження, оцінка результатів, можливостей наукового дослідження та навчання.

## **РОЗДІЛ 24 ВИТРАТИ**

Розрахунок вартості пластики ПГ складний і його важко здійснити. Загальні витрати, включно з попереднім лікуванням, власне лікуванням та реабілітацією після лікування, соціальними витратами та витратами роботодавця, рідко повідомляються в дослідженнях у повному обсязі. Крім того, слід враховувати, що вартість не дорівнює оплата. Оплата не обов'язково пов'язана із вартістю і зазвичай формується за різними формулами. Оплата може значно відрізнятись між лікарнями та країнами. Відшкодування витрат страховими компаніями або пацієнтами в різних країнах та лікарнях дуже різне, часто залежить від домовленостей щодо погодження обсягу оплати.

### **РЕКОМЕНДАЦІЇ**

**ВИСОКИЙ СТУПІНЬ ДОКАЗОВОСТІ:** З погляду економічної ефективності рекомендується лапароскопічне лікування ПГ в стаціонарі одного дня з мінімальним використанням одноразових розхідних матеріалів.

## **РОЗДІЛ 25 РЕЄСТРИ ВИПАДКІВ ПАХВИННИХ ГРИЖ**

Пропонується розробляти та впроваджувати національні реєстри випадків ПГ в кожній країні (або регіоні, у разі невеликої кількості населення країни). Вони повинні охоплювати дані післяопераційного спостереження за пацієнтами та облік місцевих закладів сфери охорони здоров'я.

## **РЕКОМЕНДАЦІЇ**

**НИЗЬКИЙ СТУПІНЬ ДОКАЗОВОСТІ:** Країнам або регіонам пропонується розробити та впровадити реєстри з високим охопленням та довгостроковим післяопераційним спостереженням за пацієнтами з метою контролю якості лікування хворих на ПГ.

## **РОЗДІЛ 26 РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОЦІНКА ЯКОСТІ**

Звітування про результати хірургічного лікування є важливим аспектом для розуміння перебігу післяопераційного періоду у пацієнтів, яким виконали різні методики пластик ПГ. Воно також потрібне, щоб з'ясувати, як на результати лікування впливають передопераційні, хірургічні та післяопераційні показники (наприклад, супутні захворювання, тип сітки, метод фіксації сітки тощо).

## **РЕКОМЕНДАЦІЇ**

**НИЗЬКИЙ СТУПІНЬ ДОКАЗОВОСТІ:** Для аудиту та наукових досліджень рекомендовано розробити реєстри випадків лікування ПГ, які охоплюють дані спостереження за пацієнтами та облік місцевих закладів сфери охорони здоров'я.

## **РОЗДІЛ 27 ПОШИРЕННЯ ТА ВПРОВАДЖЕННЯ РЕКОМЕНДАЦІЙ**

Поширення та впровадження рекомендацій буде представлено глобальними (HerniaSurge), регіональними (міжнародні товариства) та місцевими (національні підрозділи) ініціативами через вебсайти, соціальні мережі та додатки для смартфонів.

## **РЕКОМЕНДАЦІЇ**

**ВИСОКИЙ СТУПІНЬ ДОКАЗОВОСТІ:** HerniaSurge рекомендує всім країнам чи регіонам розробити стратегію поширення та впровадження рекомендацій.

## **РОЗДІЛ 28 ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАХВИННОЇ ГРИЖІ В УМОВАХ ОБМЕЖЕНИХ РЕСУРСІВ**

HerniaSurge ([www.herniasurge.com](http://www.herniasurge.com)) розробляє рекомендації, призначені для глобального використання. У цьому розділі містяться вказівки щодо виконання безпечного, економічно ефективного хірургічного лікування ПГ в умовах обмежених ресурсів (УОР). HerniaSurge вважає, що кожен пацієнт з ПГ, де б він не проживав, має право на найкраще можливе лікування. Тим не менш, потрібен час, щоб послідовно досягти високого рівня медичної допомоги у багатьох куточках світу, де бракує необхідних ресурсів, і це відображено у рекомендаціях, наведених у цьому розділі.

Існує значний фінансовий тягар у країнах, де проживає більшість пацієнтів із ПГ у світі. Хоч герніорафія є однією з операцій, яку найчастіше виконують в УОР, потреби перевищують можливості. Це «хірургічне недопрацювання» з часом приводить до високої частоти гриж серед населення, що у свою чергу веде до високої частоти ургентних ситуацій, значної кількості ускладнень та високої смертності, попри те, що лікування ПГ є дуже економічно ефективним.

## **РЕКОМЕНДАЦІЇ**

**НИЗЬКИЙ СТУПІНЬ ДОКАЗОВОСТІ:** В умовах обмежених ресурсів необхідно зосередитись на навчанні пластики пахвинної грижі за стандартизованою методикою (операція Ліхтенштейна) під місцевою анестезією з використанням недорогих сіток.

Якщо комерційні сітки недоступні, можна запропонувати використання недорогих сіток (з відомими хімічними та фізичними характеристиками, які аналогічні до характеристик комерційних сіток).

У разі використання несертифікованої недорогої сітки потрібно здійснювати аудит результатів лікування на місцевому рівні.

Рекомендується вводити принаймні одну дозу відповідного антибіотика з метою профілактики перед пластикою ПГ в умовах обмежених ресурсів.

Потрібен всеохоплюючий план покращення доступу до безпечного хірургічного лікування хворих на ПГ в умовах обмежених ресурсів. Пропонується, щоб цей план містив прості принципи та стратегію сталого розвитку для впровадження та підтримки потенційних можливостей незалежно від міжнародної допомоги.

У трьох розділах обговорюються майбутні дослідження, вказівки для лікарів загальної практики та пацієнтів.

## **ВИСНОВКИ**

Група HerniaSurge розробила ці вичерпні та всеохоплюючі вказівки щодо лікування дорослих пацієнтів з ПГ. Сподіваємось, що вони допоможуть досягнути кращих результатів лікування хворих на ПГ, де б вони не проживали! Більше знань, краща підготовка, національний аудит та спеціалізація з лікування ПГ дозволять стандартизувати лікування цих пацієнтів, призведуть до більш ефективної та дієвої медичної допомоги та вкажуть напрямок для майбутніх досліджень.

ЄВРОПЕЙСЬКА АСОЦІАЦІЯ ГЕРНІОЛОГІВ (EUROPEAN HERNIA SOCIETY)

ВУЛИЦЯ КАСТЕЛЬО (CALLE CASTELLÓ) 128

28006 МАДРИД – ІСПАНІЯ

Т: +34 913 836 000 – міжн. 133

EMAIL: [SECRETARIATEHS@PACIFICO-MEETINGS.COM](mailto:SECRETARIATEHS@PACIFICO-MEETINGS.COM)

Фото: Adobe Stock