

Porównanie dwóch metod operacyjnego leczenia przepuklin pachwinowych – sposobem Lichtensteina i Desarda

KRYSPIN MITURA, MIKOŁAJ ROMAŃCZUK

Szpital Miejski w Siedlcach, Oddział Chirurgii Ogólnej, kierownik: lek. M. Romańczuk

Porównanie dwóch metod operacyjnego leczenia przepuklin pachwinowych – sposobem Lichtensteina i Desarda

Mitura K., Romańczuk M.

Szpital Miejski w Siedlcach, Oddział Chirurgii Ogólnej,
e-mail: nipsyrk@tlen.pl

W leczeniu przepuklin pachwinowych coraz częściej stosuje się metody beznapięciowe z użyciem sztucznych materiałów. W ostatnich latach w Polsce została wprowadzona nowa metoda operacji, opracowana przez hinduskiego chirurga Mohana P. Desarda, polegająca na wzmocnieniu tylnej ściany kanału pachwinowego paskiem rozciągniętego mięśnia skośnego zewnętrznego brzucha.

Celem pracy była prospektywna analiza porównawcza wyników leczenia dwóch grup chorych na rozpoznaną pierwotną przepuklinę pachwinową, poddanych operacji naprawczej. Pierwszą grupę stanowili pacjenci poddani operacji sposobem Desarda (grupa I), natomiast drugą – pacjenci operowani sposobem Lichtensteina (grupa II).

Materiał i metody. Z grupy I ankietę wysłano 58 chorym. Z powrotem otrzymano 52 (89,6%) kwestionariusze. Z grupy II protokół wysłano 63 pacjentom, a otrzymano zwrot od 53 (84,1%). W celu ujednoczenia grup do badania włączono pierwszych 50 chorych z każdej z nich, którzy odesłali ankiety. Grupa I obejmowała 42 mężczyzn i 8 kobiet w wieku od 18 do 77 lat (średnia wieku 48 lat). W grupie II badaniu poddano 45 mężczyzn i 5 kobiet w wieku od 24 do 89 lat (średnia wieku 58 lat). Chorych obserwowano w okresie okołoperacyjnym i w czasie hospitalizacji, a po sześciu miesiącach od operacji wysłano im ankiety badawcze. Analizie poddano czas trwania operacji i hospitalizacji, wystąpienie powikłań śród- i pooperacyjnych, subiektywną ocenę zabiegu przez chorych w aspekcie bólu pooperacyjnego oraz powrotu do normalnej aktywności fizycznej, a także wystąpienie nawrotu przepukliny.

Wyniki. Średni czas trwania zabiegu wykonywanego metodą Desarda wyniósł 56,6 min, metodą Lichtensteina zaś – 66,5 min. Natężenie bólu pooperacyjnego ocenianego w skali VAS było mniejsze w grupie I i wyniosło w 1. dobie – 3,3; w 2. – 2,1; w 3. – 1,5, natomiast w grupie II odpowiednio – 3,8; 2,7 i 1,6. Chorych z grupy I wypisywano do domu średnio w czwartej dobie po operacji, z grupy II zaś – w piątej dobie ($p < 0,05$). Po tygodniu od operacji pacjenci z obu grup ocenili jednakowo odczuwane nasilenie bólu (VAS 1,2). Po upływie sześciu miesięcy od przeprowadzonego leczenia ocenili skutki zabiegu jako dobre lub bardzo dobre. Tylko jeden pacjent z grupy I uznał je za mierne. W tym okresie poziom odczuwanego bólu był nieznaczny, podobny w obu grupach (I – 0,8; II – 1,1). Powrót do pełnej sprawności i aktywności zawodowej nastąpił u 46 chorych z grupy I i 45 z grupy II. U żadnego pacjenta z obu grup nie stwierdzono nawrotu po upływie sześciu miesięcy od operacji.

Wnioski. Operacje pierwotnych przepuklin pachwinowych wykonywane metodą Desarda i Lichtensteina nie różnią się pod względem złożoności procedury oraz czasu trwania. Liczba powikłań miejscowych oraz natężenie bólu pooperacyjnego w obu metodach były podobne i porównywalne z danymi podanymi w piśmiennictwie. Zarówno operacja przeprowadzona sposobem Desarda, jak i Lichtensteina są dobrze oceniane przez chorych. Operacja naprawcza pierwotnej przepukliny pachwinowej wykonana sposobem Desarda jest równie skuteczna, jak operacja wykonana techniką Lichtensteina, a wyniki leczenia oceniane pół roku po tych zabiegach są zbliżone.

Słowa kluczowe: przepuklina pachwinowa, metoda Lichtenstein i Desarda

Pol. Merk. Lek., 2008, XXIV, 143, 392

Comparison between two methods of inguinal hernia surgery – Lichtenstein and Desarda

Mitura K., Romańczuk M.

City Hospital in Siedlce, Poland, Department of General Surgery,
e-mail: nipsyrk@tlen.pl

A preferable method of inguinal hernia repair nowadays is the use of mesh graft in tension-free techniques. In the past few years a new technique developed by a surgeon from India, Mohan P. Desarda, was introduced. This method is based on the use of an undetached strip of the external oblique aponeurosis which strengthens the posterior wall of the inguinal canal.

The aim of this study was to compare the results of primary inguinal hernia repair in two groups of patients. One of the groups included the patients treated with Desarda technique (group I), and the second group included patients after Lichtenstein repair (group II).

Material and methods. In group I the questionnaires were sent to 58 patients, we received 52 (89.6%) of them. In group II surveys were sent to 63 patients, we received 53 (84.1%) of them. In order to unify the examined groups first fifty patients who filled up and sent back the questionnaires in each group were included in the study. A group of patients after Desarda repair included 42 male and 8 female patients aged between 18 and 77 (average 48). The group II included 45 male and 5 female patients aged between 24 and 89 (average 58). The surgery and hospitalization were analyzed, additional questionnaire was sent to individual patient six months after the hernia repair. Analysis of duration of surgery and hospitalization was performed, including the occurrence of complications during and after the surgery, patients' subjective evaluation of the surgery regarding pain and time of returning to normal physical activity, as well as hernia recurrence.

Results. Average duration of the Desarda repair was 56.6 minutes, while the Lichtenstein repair lasted for 66.5 minutes. After Desarda repair there was less intensive postoperative pain, rated in VAS scale at 3.3 in first day after the surgery, 2.1 in second day and 1.5 in third one, respectively in group II rated at 3.8, 2.7 and 1.6. Patients after Desarda repair were discharged from hospital on fourth day after the surgery, in group II on fifth postoperative day ($p < 0.05$). One week after the hernia repair patients in both groups equally classified the intensity of the pain (VAS 1.2). Six months after the hospitalization the effect of performed surgery was described as good or very good. Only one patient in group I was unsatisfied with the surgery results. There was minor intensity of the pain at this point – similar in both groups (I – 0.8, II – 1.1). Full activity was achieved by 46 patients in group I and 45 in group II. There was no hernia recurrence among the patients six months after the surgery.

Conclusions. The Desarda and Lichtenstein methods of primary inguinal hernia repair do not differ in the means of procedure complexity and surgery time. The number of local complications and pain intensity were comparable and similar to the literature data. The patients after Desarda and Lichtenstein hernia repair were satisfied with the surgery results. Desarda primary hernia repair is as effective as Lichtenstein surgery and six months after the surgery the treatment results are similar in both groups.

Key words: inguinal hernia, methods Lichtenstein and Desarda

Pol. Merk. Lek., 2008, XXIV, 143, 392

Przepukliny pachwinowe są schorzeniem rozpowszechnionym w społeczeństwie. Stosowane obecnie operacyjne metody ich naprawy zostały opracowane pod koniec XIX i w XX wieku. Znaczny rozwój technologii produkcji środków stosowanych podczas zabiegów chirurgicznych, skuteczne metody sterylizacji narzędzi oraz edukacja chorych wpłynęły na osiągnięcie znakomych, dotychczas niespotykanych, wyników leczenia. Krokiem milowym w sposobie naprawy przepuklin było wprowadzenie sztucznego materiału (siatka polipropylenowa). Obecnie do najczęściej stosowanych metod zalicza się naprawę sposobem Lichtensteina z użyciem implantu w celu wzmocnienia tylnej ściany kanału pachwinowego. Metody polegające na wykorzystaniu własnych tkanek chorego tracą obecnie na znaczeniu ze względu na możliwość zaopatrzenia przepukliny materiałem o znanej i trwałej wytrzymałości – siatką polipropylenową. Jedyną metodą Shouldice'a znajduje jeszcze wielu zwolenników. Odległe wyniki leczenia tą metodą przez doświadczonych chirurgów są podobne do uzyskiwanych po zastosowaniu metody Lichtensteina.

Alternatywę dla obu tych metod zaproponował w 2001 r. hinduski chirurg *Mohan P. Desarda*. Opisał sposób naprawy, w którym uwzględnił aspekt biomechaniczny kanału pachwinowego. Do wzmocnienia tylnej ściany tego kanału wykorzystuje uszypułowany obustronnie pasek rozciągną mięśnia skośnego zewnętrznego brzucha. Dzięki temu, w przeciwieństwie do metody Shouldice'a, nie używa uszkodzonych pierwotnie na skutek zaburzonej struktury kolagenu tkanek powięzi poprzecznej [7]. Nieoddzielenie paska w obu jego biegunach powoduje, że jest on włączony w dynamiczny układ sił i naprężeń występujących w tej okolicy. Napięcie mięśni brzucha przyczynia się do tego, że pasek rozciągną mięśnia skośnego zewnętrznego brzucha napięna się i rozszerza, dociskając jednocześnie tylną ścianę kanału pachwinowego oraz wzmacniając okolicę pierścienia głębokiego [9].

Celem pracy była prospektywna analiza porównawcza wyników leczenia chirurgicznego dwóch grup chorych na rozpoznaną pierwotną przepuklinę pachwinową po operacji naprawczej w okresie do sześciu miesięcy. Pierwszą grupę stanowili pacjenci poddani operacji sposobem Desarda, drugą natomiast chorzy operowani sposobem Lichtensteina.

MATERIAŁ I METODY

Badanie zostało przeprowadzone w grupie dorosłych chorych na pierwotną przepuklinę pachwinową, poddanych planowemu leczeniu operacyjnemu w Oddziale Chirurgii Ogólnej Szpitala Miejskiego w Siedlcach w latach 2005-2006. Analizie prospektywnej poddano dwie grupy kolejno zgłaszających się do leczenia operacyjnego chorych, obejmujące po 50 osób. Pacjenci byli kwalifikowani do zabiegu naprawczego na podstawie typowych wskazań do leczenia operacyjnego przepuklin pachwiny, zgodnie z wytycznymi postępowania chirurgicznego. Wybór techniki operacyjnej był losowy. Z badania wykluczono chorych na przepuklinę nawrotową i uwięźniętą. Ponadto do badanych grup nie kwalifikowano chorych, u których śródoperacyjnie stwierdzono ścięćczałe lub rozwóknione rozciągną mięśnia skośnego zewnętrznego brzucha jako niespełniające kryterium będące podstawą przeprowadzenia operacji metodą Desarda. Wiek chorych w grupie I, poddanych operacji naprawczej metodą Desarda, wahał się od 18 do 77 lat (średnia wieku 47,8 lat), w grupie II zaś, operowanych sposobem Lichtensteina, od 24 do 89 lat (średnia wieku 58,2 lat) ($p = 0,493$). W grupie I operowano 42 mężczyzn i 8 kobiet, w grupie II – 45 mężczyzn i 5 kobiet ($p = 0,096$). W grupie I przepuklina prawostronna występowała u 31 chorych, u pozostałych 19 pacjentów była zlokalizowana po stronie lewej. W grupie II odpowiednio u 33 i 17 chorych ($p = 0,677$).

Operacje wykonywał ten sam zespół chirurgów. Chorzy byli operowani w znieczuleniu podpajęczynówkowym, a w przypadku przeciwwskazań do tego typu znieczulenia – w ogólnym.

Pacjenci zostali zakwalifikowani do badania po wyrażeniu przez nich zgody na udział w nim. Wszyscy byli oceniani przez tę samą osobę codziennie w pierwszych trzech dobach po operacji oraz w siódmej dobie po zabiegu operacyjnym. Po upływie pół roku od przeprowadzonej operacji do wszystkich chorych wysłano pocztą ankietę, z którymi byli zapoznawani wcześniej, tzn. podczas pobytu w szpitalu. Z grupy I ankietę wysłano 58 chorym, jej zwrot otrzymano od 52 (89,6%). Z grupy II kwestionariusz wysłano 63 pacjentom. Z powrotem otrzymano 53 (84,1%) ankietę. Wszystkie otrzymane kwestionariusze były wypełnione prawidłowo. W celu ujednoczenia obu grup do badania włączono pierwszych pięćdziesięciu chorych z każdej z grup, którzy odesłali ankietę. Dla potwierdzenia jednorodności obu grup dokonano ich porównania. Nie różniły się one istotnie pod względem cech demograficznych i antropometrycznych.

Uzyskane w trakcie badania wyniki poddano analizie statystycznej. Do oceny istotności różnicy średnich arytmetycznych tej samej zmiennej w analizowanych grupach wykorzystano test parametryczny t-Studenta dla zmiennych niezależnych. W przypadku porównywania większej liczby średnich z uzyskanych wyników zastosowano metodę analizy wariancji. Do porównania częstości występowania poszczególnych wartości zmiennych niemierzalnych w obu grupach zastosowano test χ^2 w analizie Pearsona. W wynikach podano obliczony poziom istotności weryfikowanej hipotezy zerowej. Wartości $p < 0,05$ interpretowano jako różnicę znamioną statystycznie.

WYNIKI

Średni czas trwania zabiegu wykonywanego techniką Desarda (grupa I), liczony od momentu znieczulenia do założenia opatrunku, wyniósł 56,6 min i wahał się od 35 min do 120 min. W grupie II średni czas zabiegu był o 10 min dłuższy – wyniósł 66,5 min i zawierał się w przedziale od 45 min do 100 min ($p = 0,670$).

Podczas porównywania określanego śródoperacyjnie stopnia zaawansowania przepuklin według klasyfikacji Nyhusa nie stwierdzono znamionnych statystycznie różnic między grupami. Poziom istotności wyniósł $p = 0,381$. Obliczono go za pomocą testu χ^2 z uwzględnieniem poprawki Yatesa. W obu grupach najczęściej poddawano operacji chorych na II typ przepukliny – po 23. W 11 przypadkach przepukliny typu IIIa wykonano operację sposobem Desarda, w 17 zaś – sposobem Lichtensteina. Przepuklina typu IIIb była powodem operacji 8 chorych sposobem Desarda i 8 metodą Lichtensteina. W pozostałych przypadkach stwierdzono przepuklinę typu I – u 8 pacjentów z grupy I i u 2 z grupy II. Najczęściej stosowano znieczulenie podpajęczynówkowe. Zastosowano je u 45 chorych z grupy I i 46 z grupy II ($p = 0,727$).

W pierwszej dobie po operacji chorzy odnotowywali bieżące nasilenie bólu w miejscu operowanym, posługując się dziesięciopunktową skalą ilościową VAS (0 – brak bólu, 10 – najsilniejszy ból). Chorzy operowani sposobem Desarda w mniejszym stopniu odczuwali nasilenie bólu niż pacjenci z grupy II (średnia 3,3 vs. 3,8) ($p = 0,865$). W kolejnych dobach zaobserwowano zmniejszenie nasilenia bólu nieco ponad jeden punkt w skali VAS, jednak różnica między odczuwaniem bólu przez chorych z obu grup pozostała niemal niezmienna ($p = 0,404$). Tydzień po operacji średnie odczuwanie bólu notowane w skali VAS było identyczne w obu grupach (1,2) i zawierało się w jednakowym zakresie od 0 do 3 punktów ($p = 0,484$).

W przebiegu pooperacyjnym zaobserwowano nieco większą częstość występowania powikłań miejscowych w gru-

pie II niż w grupie I (łącznie 11 vs. 6 przypadków) ($p = 0,317$). Po operacji pacjenci z grupy I przebywali w szpitalu nieco ponad dobę krócej niż chorzy z grupy II (średnia 4,2 vs. 5,3 dni). Różnica ta była znamienna statystycznie ($p = 0,012$). Średni czas powrotu do podstawowej codziennej aktywności był nieco dłuższy u pacjentów z grupy I, wyniósł bowiem 3,6 dnia i wahał się od 1 do 10 dni. W grupie II chorzy mieli taką możliwość średnio po 3,2 dnia i czas ten wahał się od dwóch dni do tygodnia ($p = 0,144$). Większe zadowolenie po upływie tygodnia od operacji deklarowali pacjenci z grupy I niż z grupy II (26 vs. 19 osób). Zaledwie jedna osoba z grupy II oceniła skutki zabiegu jako mierne. Wszyscy pozostali chorzy w obu grupach ocenili skutki zabiegu jako dobre ($p = 0,228$).

Sześć miesięcy po operacji średnie odczuwanie bólu przedstawiane w ilościowej skali VAS było mniejsze w grupie I niż w grupie II (średnia wartość 0,8 vs. 1,1) ($p = 0,691$). W grupie I chorzy określali najczęściej natężenie bólu jako 0, natomiast w grupie II jako 1. Powrót do pełnej sprawności przedoperacyjnej pół roku po zakończeniu leczenia deklarował podobny odsetek chorych w obu grupach – 92% w grupie I vs. 90% w grupie II ($p = 0,727$). Odległa ocena skutków zabiegu pół roku po jego wykonaniu była podobna w obu grupach. Jako bardzo dobre lub dobre konsekwencje operacji deklarowało 47 pacjentów z grupy I i 49 osób z grupy II ($p = 0,840$). Pół roku po operacji u żadnego z chorych w obu grupach nie doszło do wystąpienia oznak nawrotu przepukliny w miejscu operowanym.

OMÓWIENIE

Powszechny jest pogląd, że po zabiegach naprawczych wykonywanych techniką Lichtensteina odsetek powikłań oraz liczba nawrotów są podobne zarówno po operacjach przeprowadzonych przez doświadczonych chirurgów, jak i młodych adeptów tej techniki [2]. Jest to w dużej mierze wynikiem krótkiej krzywej uczenia się tej procedury. Prostota tej operacji wpływa na szybkość jej przeprowadzania oraz podobne wyniki osiągane zarówno w ośrodkach wyspecjalizowanych w chirurgii przepuklin, jak i w niewielkich oddziałach chirurgicznych. Wydaje się, że podobna sytuacja ma miejsce w przypadku operacji wykonywanych sposobem Desarda. Wiele wspólnych elementów obu technik (w obu metodach konieczne jest m.in. wypreparowanie dokładnie tych samych struktur anatomicznych) skłania do stwierdzenia, że operacja wykonywana sposobem Desarda jest pozbawiona kłopotliwej złożoności, podobnie jak w przypadku metody Lichtensteina. Czas trwania operacji odzwierciedla zwykle skalę trudności poszczególnych technik operacyjnych w chirurgii przepuklin pachwinowych. Brak istotnych statystycznie różnic w długości trwania operacji wykonywanych obu omawianymi metodami w analizowanym materiale świadczy o podobnym stopniu ich trudności. Odróżnia to natomiast operację przeprowadzaną sposobem Desarda od innych technik niskonapięciowych, zwłaszcza od metody Shouldice'a, w przypadku której udokumentowano, że satysfakcjonujące wyniki leczenia operacyjnego (odsetek nawrotów poniżej 1%) uzyskiwano jedynie w wyspecjalizowanych ośrodkach i po operacjach wykonywanych przez doświadczonych w jej stosowaniu chirurgów [6, 7].

Różne sposoby operacyjnego leczenia przepuklin pachwinowych porównuje się przede wszystkim w aspekcie występowania nawrotów po zabiegu naprawczym. W obu analizowanych grupach po upływie sześciu miesięcy od przeprowadzonego leczenia nie stwierdzono żadnego. W piśmiennictwie można znaleźć informacje świadczące o tym, że częstość nawrotów po operacji wykonywanej techniką Lichtensteina nie przekraczała 1% [8]. Nie ma jednak danych określających częstość występowania tego powikłania po operacji przeprowadzonej techniką Desarda. Z wykonanych przez autora metody 1320 operacji przepuklin pachwinowych pod-

czas przynajmniej siedmioletniej obserwacji poddanych tym operacjom chorych stwierdzono tylko jeden wczesny nawrót, który był wynikiem błędu [3, 4]. Zidentyfikowano bowiem wówczas jedynie przepuklinę prostą, a nie rozpoznano współistniejącej przepukliny skośnej. W związku z tym nie zaopatrzone jej prawidłowo. W 2005 r. honorowym gościem zorganizowanego w Bydgoszczy spotkania chirurgów z Polskiego Klubu Przepuklinowego był *Mohan P. Desarda*. Przedstawiono wówczas wyniki leczenia przepuklin nową metodą w różnych ośrodkach w Polsce. W żadnym z nich nie stwierdzono nawrotu przepukliny [5]. Wydaje się, że te optymistyczne dane będą jeszcze lepsze po rozpowszechnieniu tej metody i leczeniu nią większej liczby chorych, jednak dotychczasowe wyniki mimo to należy uznać za satysfakcjonujące.

Średnia długość pobytu w szpitalu nie była brana pod uwagę przy wyciąganiu wniosków ze względu na konieczność prowadzenia dla potrzeb badania pełnej i wiarygodnej obserwacji chorych bezpośredniego w okresie pooperacyjnym. Należy bowiem wziąć pod uwagę fakt, że przekrój społeczny badanej grupy chorych nie dawał gwarancji zebrania pełnych danych po wypisaniu pacjentów ze szpitala przed upływem drugiej bądź trzeciej doby hospitalizacji. Dotychczasowe wyniki badania świadczą jednak o tym, że nic nie stoi na przeszkodzie, aby chorzy po obu typach operacji opuszczali szpital w drugiej lub trzeciej dobie po zabiegu operacyjnym, co jest zgodne ze światowymi trendami.

Niewątpliwą zaletą metody Desarda jest jej prostota i łatwość stosowania nawet przez chirurgów o niewielkim doświadczeniu w herniologii. Upodabnia to tym samym krzywą uczenia się tej techniki do sposobu zdobywania doświadczenia w operacjach wykonywanych sposobem Lichtensteina. Operacje przepuklin pachwinowych należą do zabiegów operacyjnych najczęściej wykonywanych w oddziałach chirurgicznych, zwłaszcza przez młodych chirurgów. Wydaje się, że rozwój herniologii powinien uwzględnić potrzeby tej grupy, czyli pozwolić na wykonywanie operacji prostej, bezpiecznej, łatwej do nauczenia się, bez ryzyka wystąpienia poważniejszych powikłań podczas zabiegu i po nim oraz z minimalną liczbą nawrotów. Zarówno operacja Desarda, jak i Lichtensteina spełnia opisane kryteria. W związku z tym pierwsza z wymienionych może z powodzeniem konkurować z innymi zabiegami operacyjnymi wykonywanymi z dostępu przedniego i to zarówno z zastosowaniem siatki, jak i z wykorzystaniem jedynie tkanek pacjenta.

Zabieg naprawczy wykonywany sposobem Desarda może być z powodzeniem stosowany u wszystkich chorych, u których stwierdzono prawidłowe rozciągnięte mięśnia skośnego zewnętrznego brzucha. Szczególnie godny polecenia jest w przypadku operowania młodych mężczyzn i kobiet. Spełnia wszystkie warunki stawiane nowoczesnej chirurgii przepuklin: operację tę można przeprowadzać w trybie jednodniowym, istnieje możliwość wczesnego uruchomienia pacjenta, po operacji następuje szybki powrót do zdrowia i pracy, chory odczuwa jedynie minimalny ból, nie ma poważnych powikłań i nawrotów, a ponadto niska jest krzywa uczenia się tej techniki.

W pewnych przypadkach, tzn. u chorych ze ścięczalym i rozwarstwiającym się rozciągniętym mięśniem skośnego zewnętrznego brzucha, metoda ta nie jest wskazana. Lepiej wówczas wykonać operację metodą Lichtensteina. Mimo pewnych ograniczeń technicznych operacja Desarda wydaje się być alternatywą pozwalającą na zaopatrzenie przepuklin bez użycia implantów siatkowych. Jest jednak wiele kwestii, które należy wyjaśnić. Jedną z nich dotyczy odległych wyników tych operacji: czy będą podobne do wyników po operacji wykonywanej metodą Lichtensteina, czy być może będą lepsze. Poza tym czy wrodzone wady w budowie kolagenu, coraz częściej wymieniane jako przyczyna patogenezy przepuklin [1, 7], nie wpłyną na odległe wyniki leczenia tą metodą. Odpowiedź na te pytania z pewnością zostanie sformułowana, jednak potrzebne jest w tym celu upowszechnienie omawianej metody oraz kontrola wyników leczenia opero-

wanych tą techniką chorych w czasie odległym. Ze względu na okres nawrotów przepuklin po operacjach naprawczych (25% w okresie do 12 miesięcy, kolejne 25% w okresie kolejnych 5 lat) celowa jest dalsza obserwacja obu grup chorych, by lepiej ocenić obie metody.

WNIOSKI

1. Operacje pierwotnych przepuklin pachwinowych metodą Desarda i Lichtensteina nie różnią się pod względem złożoności procedury oraz czasu ich wykonywania, liczba zaś powikłań miejscowych w przypadku obu metod jest podobna i porównywalna z danymi z piśmiennictwa.
2. Natężenie bólu odczuwanego przez chorego po operacji, niezależnie od zastosowanej metody operacyjnej, jest podobne. Zarówno operacja wykonywana sposobem Desarda, jak i Lichtensteina są dobrze oceniane przez chorych.
3. Operacje pierwotnych przepuklin pachwinowych wykonywane sposobem Desarda i Lichtensteina są metodami równorzędnymi, a wyniki leczenia oceniane pół roku po operacji są podobne.

PIŚMIENNICTWO

1. Amid P.: *Groin hernia repair: open techniques*. World J. Surg., 2005, 29(8), 1046-1051.
2. Amid P.: *Lichtenstein tension-free hernioplasty: its inception, evolution, and principles*. Hernia, 2004, 8(1), 1-7.
3. Desarda M.P.: *Inguinal herniorrhaphy with an undetached strip of external oblique aponeurosis: a new approach used in 400 patients*. European J. Surg., 2001, 167(6), 443-448.
4. Desarda M.P.: *Physiological repair of inguinal hernia: a new technique (study of 860 patients)*. Hernia, 2006, 10(2), 143-146.
5. Kapała A., Szopiński J.: *Doświadczenia własne w leczeniu przepuklin pachwiny sposobem Desarda. doniesienie zjazdowe. Nowe techniki w chirurgii przepuklin. Szybie powłoki jamy brzusznej. Polsko-Ukraińska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa, Bydgoszcz 2005*.
6. Kuś H., Mackiewicz Z.: *Przepukliny brzuszne*. PZWL, Warszawa 1997, 112-114.
7. Lichtenstein I., Shulman A., Amid P.: *The cause, prevention and treatment of recurrent groin hernia*. Surg. Clin. North Am., 1993, 73, 413-426.
8. Lichtenstein I., Shulman A., Amid P.: *The tension-free hernioplasty*. Am. J. Surg., 1989, 157, 188-193.
9. Mitura K., Romańczuk M., Wróblewski T.: *Wczesne wyniki leczenia przepuklin pachwinowych sposobem Desarda u 17 operowanych chorych. Doniesienie wstępne*. Wideochir. i Inne Tech. Maloinwaz., 2006, 1, 18-22.

Otrzymano 9 października 2007 r.
Adres: Kryspin Mitura, 08-110 Siedlce, ul. Narutowicza 25, tel. 602 809035, faks 025 632 85 81, e-mail: nipsyrk@tlen.pl

Postępy w chirurgii

08.11.2008

Warszawa

Charakter kursu: Kurs doskonalący. Dla ordynatorów oddziałów o profilu chirurgicznym, opiekunów specjalizacji w chirurgii oraz wszystkich zainteresowanych tematem

Organizator: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Studium Kliniczno-Dydaktyczne, Klinika Chirurgii Ogólnej i Przewodu Pokarmowego, 00-416 Warszawa, ul. Czerniakowska 231

Kierownik naukowy: prof. dr hab. n. med. Krzysztof Bielecki

Zgłoszenia na kurs: Wyłącznie na formularzu zgłoszenia na kursy w ramach programu dydaktycznego CMKP. Studium Kliniczno-Dydaktyczne; ul. Marymoncka 99, 01-813 Warszawa, tel.: (0 22) 569 38 08, fax.: (0 22) 569 38 09, e-mail: kursy-5@cmkp.edu.pl

Płatność: kurs bezpłatny

Uwagi: miejsce odbywania się zajęć: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, ul. Marymowska 99, 01-813 Warszawa