



А. В. Бондаренко,
К. И. Павлов, О. К. Зенин

Донецкий национальный
медицинский университет
им. М. Горького

КЛПУ Марьинская центральная
районная больница
г. Красногоровка, Донецкая
область

© Коллектив авторов

ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ ПАХОВОЙ БОЛИ ПОСЛЕ ОТКРЫТОЙ АЛЛОПЛАСТИКИ ПАХОВОГО КАНАЛА

Резюме. В работе проанализировано факторы, влияющие на развитие синдрома хронической паховой боли (СХПБ) и дана оценка эффективности неврэктомии по поводу СХПБ. Проведено обследование 185 пациентов перенесших с 2011 по 2013 гг. грыжепластику по поводу паховой грыжи. Операция Лихтенштейна выполнена 166 больным, 19 — предбрюшинная аллопластика. В отдаленном послеоперационном периоде мы зарегистрировали 4 (2,1 %) случая (2 мужчин и 2 женщины) с СХПБ более 6 месяцев, что потребовало хирургической коррекции. Выявлена прямая связь между развитием СХПБ и количеством операций, выполняемых за год конкретным хирургом. Всем четверым больным нами выполнена тройная неврэктомия (*n. ilioinguinalis*, *n. iliohypogastricus* и половая ветвь *n. genitofemoralis*) с перевязкой и имплантацией проксимальной культы паховых нервов во внутреннюю косую мышцу живота, с рассечением протеза (без удаления) и последующим восстановлением его целостности. После первичной неврэктомии, а тем более по поводу СХПБ, все больные отметили значительное улучшение, ухудшения качества жизни в связи с потерей чувствительности не зарегистрировано.

Ключевые слова: синдром хронической паховой боли, лечение, неврэктомия.

Введение

Согласно International Association for the Study of Pain хронической паховой болью считается боль, сохраняющаяся более 3 месяцев после операции [2, 5]. Синдром хронической паховой боли (СХПБ) после аллопластики является следствием технических погрешностей, а порой неизбежностей, что приводит к страданию пациентов, вплоть до общения с психиатром [1]. По данным литературы, боль при частичном повреждении паховых нервов, как правило, проходит без лечения к 6 месяцам у 30 % пациентов, остается умеренной у 45 %, а у 25 % пациентов существует как невыносимая боль [3]. Поэтому основная задача хирургов предпринять все меры по профилактике этого осложнения.

Цель работы

Проанализировать факторы, влияющие на развитие СХПБ и возможные меры профилактики. Оценить эффективность неврэктомии по поводу СХПБ.

Материалы и методы исследования

Проведено обследование 185 пациентов, перенесших с 2011 по 2013 гг. грыжесечение по поводу паховой грыжи, в КЛПУ Марьинская районная больница. Операция Лихтенштейна выполнена 166 больным, 19 — предбрюшинная

аллопластика. В ургентном порядке оперировано 47 (25,4 %) пациентов, 138 (74,6 %) пациентам — в плановом. Из наблюдения исключены пациенты с флегмоной грыжевого мешка или некрозом его содержимого. Женщин было 53 (28,6 %), мужчин — 132 (71,4 %). Средний возраст 51,8 лет. Изучались особенности течения отдаленного послеоперационного периода у пациентов, перенесших пластику по Лихтенштейну и открытую предбрюшинную пластику полипропиленовым протезом с поверхностной плотностью от 83,5 г/м² до 47г/м². Пластика выполнялась тремя хирургами, при этом учитывалось количество операций выполняемых за год и частота осложнений. Общая анестезия использовалась у 59 (32 %) пациентов, 126 (68 %) — местная проводниковая в комбинации с инфильтрационной анестезией (выбор обусловлен преимущественно предпочтением хирурга). Оценку болевого синдрома проводили по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) [1]. Также проводилось физикальное обследование, УЗИ области послеоперационного рубца. Сроки наблюдения от 3 месяцев до 3 лет.

Согласно данным литературы мы выделяли 2 вида боли — нейропатическая боль, связанная с повреждением нерва, и ненейропатического происхождения, которая является следствием избыточного послеоперационного фиброза или протезассоциированного фибро-



за. Для уточнения данной природы боли мы проводили УЗИ рубца.

Результаты исследования и их обсуждение

После операции 19 (10,3 %) больных отмечали боль в паховом канале в вертикальном положении до 1,5–3 месяцев (ВАШ — 3–5 баллов), у этих больных дольше сохранялся отек в области раны, мошонки и яичка. Это потребовало дополнительного назначения системных нестероидных противовоспалительных препаратов и местной противовоспалительной терапии сроком 7–10 дней. Следует отметить, что у больных, которым установлена легкая сетка, паховая боль более 3 месяцев не отмечена. Мы зарегистрировали 4 (2,1 %) случая (2 мужчин и 2 женщин) с СХПБ более 6 месяцев, что потребовало хирургической коррекции. Всем этим больным выполнена операция Лихтенштейна в плановом порядке. В 3-х случаях операция проходила под общим обезболиванием, а в 1-м случае использовалась местная анестезия. У женщин в обоих случаях боль иррадиировала в половую губу, что мы связывали с поражением половой ветви *n. genitofemoralis*, а у одной женщины также и в бедро (ВАШ — 4 и 6 баллов соответственно). У мужчин СХПБ мы связывали преимущественно с поражением *n. ilioinguinalis*, за счет компрессии протезом или лигатурами, причем у одного боль носила невыносимый характер, что даже заставило прибегнуть к услугам психиатра (ВАШ — 4 и 10 баллов соответственно). На рис.1 представлено фото данного больного с невромой *n. ilioinguinalis* (указано стрелкой).



Рис 1. Выделены *n. Ilioinguinalis* (a) и *n. Iliohypogastricus* (b) у больного после операции Лихтенштейна (через 6 месяцев). Неврома *n. ilioinguinalis* (указано стрелкой)

Отмечена высокая прямая корреляция между развитием паховой боли и количеством операций, выполняемых за год конкретным хирургом. Британские хирурги, проведя исследование, выяснили, что те хирурги, которые выполняют более 50 герниопластик за год предпочитали выделять и сохранять паховые

нервы, другие пренебрегали этим фактом. При этом установлено, что идентификация паховых нервов отнимает до 5 мин времени [4]. Анализ работы 3 хирургов нашего отделения, выполнявших операции следующий: 1-й хирург — из 87 пациентов 1 СХПБ (1,2 %), 2-й хирург — из 70 — 2 СХПБ (2,9 %) и 3-й хирург — из 28 пациентов — 1 СХПБ (3,6 %). При этом методики пластики были идентичными, однако 3-й и большей частью 2-й хирург не идентифицировал нервы во время операции. Зависимости развития СХПБ от срочности операции мы не выявили.

Всем четверым больным нами выполнена тройная невэрктомия с перевязкой и имплантацией проксимальной культы паховых нервов во внутреннюю косую мышцу живота, с расщеплением протеза (без удаления) и последующим восстановлением его целостности (рис 2).

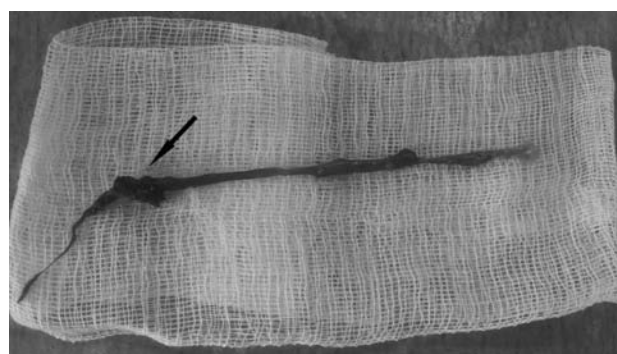


Рис 2. Удаленный *n. ilioinguinalis* с невромой (указано стрелкой)

Дополнительной установки сетки мы не выполняли. За время наблюдения 3–6 месяцев рецидива грыжи нет, болевой синдром купирован сразу после операции у 2 больных; у 1 женщины через 1 месяц, а у 1 мужчины сохраняется дискомфорт в данной области при некоторых движениях (ВАШ — 1-2 балла, при 10 баллах до операции), однако со слов пациента это не влияет на уровень его активности и социальной адаптации.

До настоящего времени четких объективных критериев для выполнения невэрктомии при пластике пахового канала нет. Однако мы придерживаемся следующих общепринятых правил: кремастер и фасция канатика должна быть интактна, протез не фиксировать к мышцам, чтобы не травмировать мышечные ветви паховых нервов, избегать минимального контакта с нервами, если того не требует ситуация, резецировать измененные нервы или нервы с высоким риском вовлечения в воспалительный процесс вместе с мышечным сегментом. После невэрктомии первичной, а тем более по поводу СХПБ, мы не отметили ухудшения качества жизни в связи с потерей чувствительности, что подтверждается данными литературы [3, 4, 6].



Выводы

Развитие СХПБ зависит от опыта хирурга и его педантичности во время операции. Для профилактики СХПБ предпочтительнее применение легкой сетки с преперитонеальным ее расположением. Во время проведения пластики пахового канала рутинно идентифицировать и сохранять здоровые нервы

и резецировать вместе с мышечным сегментом измененные нервы или нервы с высоким риском вовлечения в воспалительный процесс. Методом лечения СХПБ более 6 месяцев является тройная неврэктомия паховых и половой ветки бедренно-полового нерва без удаления эндопротеза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Оцінка якості життя пацієнтів після різних типів пахових герніопластик / І. Я. Дзюбановський, В. І. П'ятночка, К. Г. Поляцко [та ін.] // Укр. журн. хірургії. — 2011. — Т. 14, № 5. — С. 34–38.
2. A United Kingdom survey of surgical technique and handling practice of inguinal canal structures during hernia surgery / R. Ravindran, J. Bruce, D. Debnath [et al.] // Surgery. — 2006. — Vol. 4, № 139. — P. 523–526.
3. Hakeem Abdul. Inguinodynia following Lichtenstein tension-free hernia repair: review / Abdul Hakeem, Venkatesh Shanmugam // World J. Gastroenterol. — 2011. — Vol. 14, № 17. — P. 1791–1796.
4. Management and chronic pain after open inguinal hernia repair a prospective two phase study / Matthias Wolfgang, Reinhold Johann, Nehls Jennifer [et al.] // Annals of Surgery. — 2011. — Vol. 1, № 254. — P.163–168.
5. Merskey H. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2nd ed. / H. Merskey, N. Bogduk. — Seattle. — WA: IASP Press, 1994. — P. 209–214.
6. Parviz K. Surgical treatment for postherniorrhaphy neuropathic inguinodynia: triple neurectomy with proximal end implantation / K. Parviz, M.D. Amid // Contemporary surgery. — 2003. — Vol. 59, № 6. — P. 276–280.



ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ
ХРОНІЧНОГО ПАХОВОГО
БОЛЮ ПІСЛЯ ВІДКРИТОЇ
АЛОПЛАСТИКИ ПАХОВОГО
КАНАЛУ

*О. В. Бондаренко,
К. І. Павлов, О. К. Зенін*

Резюме. У роботі проаналізовано фактори, що впливають на розвиток синдрому хронічного пахового болю (СХПБ) й оцінено ефективність невректомії з приводу СХПБ. Проведено обстеження 185 пацієнтів, що перенесли з 2011 по 2013 рр. грижепластику з приводу пахової грижі. Операція Ліхтенштейна виконана 166 хворим, 19 — передочеревинна алопластика. У віддаленому післяопераційному періоді ми зареєстрували 4 (2,1 %) випадки (2 чоловіків і 2 жінок) з СХПБ більше 6 місяців, що потребувало хірургічної корекції. Виявлено прямий зв'язок між розвитком СХПБ і кількістю операцій виконуваних за рік конкретним хірургом. Усім чотирьом хворим нами виконана потрійна невректомія (*n. ilioinguinalis*, *n. iliohypogastricus* і статева гілка *n. genitofemoralis*) з перев'язкою та імплантацією проксимальної кукси пахових нервів у внутрішній косий м'яз живота, з розтином протеза (без видалення) та подальшим відновленням його цілісності. Після первинної невректомії, а тим більше з приводу СХПБ, усі хворі відзначили значне поліпшення, погіршення якості життя у зв'язку з втратою чутливості не зареєстровано.

Ключові слова: *синдром хронічного пахового болю, лікування, невректомія.*

TREATMENT OF CHRONIC
GROIN PAIN SYNDROME
AFTER ALLOPLASTY OF
INGUINAL CANAL

*A. V. Bondarenko, K. I. Pavlov,
O. K. Zenin*

Summary. The investigation purpose — to analyze the factors of the chronic groin pain syndrome (CGPS) development and to evaluate the effectiveness neurectomy for CGPS. The study involved 185 patients who were performed from 2011 to 2013 hernioplasty for inguinal hernia. 166 patients were performed Liechtenstein surgery, 19 — preperitoneal alloplasty. In the late postoperative period we recorded 4 (2,1 %) cases (2 male and 2 female) with CGPS more than 6 months long, which required surgical correction. It is established the direct relationship between the development of CGPS and operation amount per year performed by surgeon. All four patients we performed triple neurectomy (*n. ilioinguinalis*, *n. iliohypogastricus* and genital branch *n. genitofemoralis*) with ligation and implantation of the proximal stump of the inguinal nerves in the internal oblique muscle of the abdomen, with dissection of the prosthesis (without removal) and subsequent restoration of its continuity. After primary neurectomy, especially for CGPS, all patients reported significant condition improvement and it ther is not reduced quality of life due to the loss of sensitivity.

Key words: *chronic groin pain syndrome, treatment, neurectomy.*