

Н. Е. Николаев, С. А. Алексеев, Н. Я. Бовтюк, О. А. Фатеева

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИОБРЕТЕННЫХ ВПРАВИМЫХ ПЕРВИЧНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

В статье представлены результаты оперативного лечения приобретенных вправимых первичных паховых грыж после применения разных способов (9) пластики пахового канала.

Нами проведены исследования 114 медицинских карт стационарного пациента хирургического отделения УЗ «3 ГКБ им. Е. В. Клумова» г. Минска за 2013–2014 гг. Мужчин было 93%, женщин – 7%. Возраст пациентов колебался от 17 до 88 лет. Количество натяжных операций составило 72,8%, ненатяжных – 27,2%.

Оценку эффективности способов пластики проводили по данным медицинских карт и телефонного опроса в сроки от 6 месяцев до 2 лет. Опрошено 94 человека. С остальными контакт не состоялся.

Всего осложнений было 14,3%. Из них кровотечений 2,6%, рецидивов, отеков семенного канатика и мошонки, хронической невралгии по 3,2% соответственно, инфильтраты наблюдались в 2,1% случаев. Наибольшее число осложнений 8,9% возникло после герниопластики по Бассини.

Ключевые слова: паховая грыжа, герниопластика, осложнения.

N. E. Nikolaev, S. A. Alekseev, N. Y. Bovyuk, O. A. Fateeva

POSTOPERATIVE COMPLICATIONS REDUCIBLE PRIMARY INGUINAL HERNIAS

The article presents the results of surgical treatment of acquired reducible primary inguinal hernias after the application of different methods (9) of the inguinal canal plasty.

We studied the medical records of 114 inpatient surgical department of «The 3-d clinic of E. V. Klumova» Minsk for the 2013–2014. Men were 93%, women – 7%. The age of patients ranged from 17 to 88 years. The number of tension repair was 72.8%, tension-free repair – 27.2%.

Evaluation of the effectiveness of methods of plastics conducted according to medical records and telephone survey in terms from 6 months to 2 years. 94 people were interviewed. With the rest of the contact did not take place.

Total complication rate was 14.3%. Of these bleedings 2.6%, relapse edema scrotum and the spermatic cord, by chronic neuralgia 3.2% respectively 2.1%, infiltrates were observed in 2.1% of cases. The greatest number of complications occurred after 8.9% hernioplasty by Bassini.

Key words: inguinal hernia, hernioplasty, complications.

Несмотря на большие успехи герниологии, разработано более 300 способов пластики пахового канала, проблема лечения паховых грыж по-прежнему остается актуальной [1, 5, 27]. Число мужчин с паховыми грыжами составляет 5–7% общего населения земного шара [24]. Пик заболеваемости 65% наблюдается у людей старше 50 лет, а у лиц 70 лет достигает 30% [11].

Число паховых грыж не снижается, а наоборот увеличивается. Их рост во многом связан с увеличением продолжительности жизни и генетическими нарушениями. Ущерб здоровью в результате паховых грыж огромный. В США ежегодно грыжи ограничивают трудоспособность около 400 тыс. человек [6].

Вопросы лечения паховых грыж широко обсуждаются на крупных международных форумах. Во многих странах созданы герниологические центры. Вместе с тем ожидаемые результаты оперативного лече-

ния паховых грыж не всегда удовлетворяют хирургов и пациентов. Негативные последствия паховой герниорафии регистрируются у 5–50% оперированных пациентов [12, 17, 18].

Возникшие осложнения после вмешательства подразделяют на общие и местные. Общие осложнения, к которым относятся расстройства сердечной деятельности, дыхания, ТЭЛА и другие, регистрируются крайне редко в 0,5% случаев [12]. Местные осложнения в свою очередь подразделяются интраоперационные и послеоперационные (ближайшие, ранние, поздние). Интраоперационные и ближайшие осложнения фиксируются у 1–10% оперированных пациентов [12, 13]. К ранним послеоперационным осложнениям относят: нагноение послеоперационных ран, геморрагии, гематомы, серомы, воспалительные инфильтраты, отек яичка и мошонки, орхиты, острую невралгию, парестезии, атонию мочевого пузыря, парез кишечника

□ В помощь практикующему врачу

и др. Частота этих осложнений достигает 20–23% [12, 15, 22, 25].

К поздним осложнениям пахового грыжесечения относят: гнойные и лигатурные свищи, хроническую невралгию, водянку яичка, орхоэпидидимиты, рецидивы и др. Наиболее тяжелыми из них являются рецидивы. У пациентов пожилого и старческого возраста после пластики передней стенки пахового канала они составляют 25–30% [16]. По данным O'Dwyer P. et al., наиболее частыми осложнениями являются раневая инфекция и гематомы (10%), рецидивы грыж (5–10%), выраженная хроническая послеоперационная боль (3%).

Калантаров Г. К., Roumen R. M. и др. отмечают после грыжесечения развитие отека семенного канатика, мошонки и водянки у 3–22% пациентов. Причиной их является сдавление семенного канатика в результате нарушения кровообращения, что приводит к атрофии яичка и мужскому бесплодию у 1–5% и нарушениям половой функции у мужчин репродуктивного возраста [1, 17, 25]. Протасов А. В. и др. изучали влияние сетчатого имплантата на репродуктивные органы крыс, отмечали резкое снижение половой функции или полное бесплодие у животных. В связи с этим многие герниологи [12, 16, 20] не рекомендуют проводить операцию Лихтенштейна у мужчин молодого возраста.

Однако основной причиной увеличения сроков нетрудоспособности пациента после паховой герниорафии является длительный болевой синдром [1, 7, 13]. Пахово-генитальная невралгия чаще развивается после пластики пахового канала по методике Жирара-Спасокукоцкого, Бассини, Постемпского и Лихтенштейна [12]. При длительном сроке наблюдения компрессионные осложнения (неприятные ощущения, хроническая боль, парестезия) отмечались после операции Постемпского у 12,7%, после Лихтенштейна – у 15,1%, после пластики PHS – у 12,9% пациентов [1, 2, 4, 15].

Цель настоящей работы: оценка ближайших и отдаленных результатов оперативного лечения первичных вправимых паховых грыж в зависимости от способов пластики пахового канала в нашей клинике.

Нами проведен анализ 114 медицинских карт стационарных пациентов, прооперированных в 2013–2014 гг. по поводу первичных приобретенных впра-

вимых паховых грыж в хирургическом отделении УЗ «3-й городской клинической больницы им. Е. В. Клунова» г. Минска. Мужчин было 106 (93,0%), женщин – 8 (7,0%). Возраст пациентов колебался от 17 до 88 лет. Средний возраст составил 55,9 лет. Косых паховых грыж было 75 (65,8%), прямых – 39 (34,2%). Удаление грыжевых мешков при косых грыжах выполнено у 48 (64,0%) пациентов, при прямых – у 20 (51,3%).

Количество натяжных операций составило 83 (72,8%), ненапряжных – 31 (27,2%). У 107 (93,9%) пациентов проведены операции по укреплению задней стенки пахового канала и у 7 (6,1%) – по укреплению передней стенки по Жирару-Спасокукоцкому. Среди оперированных пациентов 34,2% имели клинически значимую сопутствующую патологию, 9,6% из них являлись инвалидами II группы.

Все пациенты были разделены на группы по возрасту и способам пластики пахового канала (таблица). До 30 лет было 8 (7,0%) пациентов, с 31 до 40 лет – 9 (8,0%), с 41 до 50 лет – 14 (12,3%), с 51 до 60 лет – 15 (13,2%), старше 60 лет – 68 (59,6%).

Из 114 грыжесечений операции по способу Бассини выполнены у 64 (56,1%) пациентов, по Лихтенштейну – у 22 (19,3%), методике клиники – у 9 (8,0%), по Жирару-Спасокукоцкому – у 7 (6,1%), по Постемпскому – у 5 (4,4%), по Десарду – у 3 (2,6%), Шоулдайсу – у 1 (0,9%), по Крымову – 2 (1,7%), по Кукуджанову – 1 (0,9%). Наиболее распространенными были операции по Бассини и Лихтенштейну. Старше 50 лет было 83 (72,8%) пациента.

Как видно из таблицы, хирурги клиники владеют многими способами герниопластики. С другой стороны, такой разброс методов пластик, на наш взгляд, не способствует специализации и усовершенствованию техники пластики.

Оценку эффективности способов пластики пахового канала проводили по медицинским картам стационарного пациента и по данным телефонного опроса пациентов в сроки от 6 мес. до 2 лет. Опрошено 94 человека. 16 человек не ответили на наши многократные вызовы. Четверо живут в других городах.

В интраоперационном и ближайшем периоде возникло кровотечение у 3 (2,6%) пациентов. Все трое были оперированы по способу Бассини, а также

Таблица. Способы герниопластики у пациентов разных возрастных групп

№ п/п	Способы пластики по	Возраст пациентов					Итого
		<30 лет	31–40 лет	41–50 лет	51–60 лет	>60 лет	
1	Бассини	4 3,5%	6 5,3%	9 8,0%	76 1,1%	38 33,3%	64 56,1%
2	Лихтенштейну	2 1,75%	–	1 0,9%	5 4,4%	14 12,3%	22 19,3%
3	Методике клиники	–	1 0,9%	2 1,75%	2 1,75%	4 3,5%	9 8,0%
4	Жирару-Спасокукоцкому	2 1,75%	–	2 1,75%	–	3 2,6%	7 6,1%
5	Постемпскому	–	–	–	–	5 4,4%	5 4,4%
6	Десарда	–	1 0,9%	–	–	2 1,75%	3 2,6%
7	Крымову	–	–	–	1 0,9%	1 0,9%	2 1,75%
8	Шоулдайсу	–	–	–	–	1 0,9%	1 0,9%
9	Кукуджанову	–	1 0,9%	–	–	–	1 0,9%
	Всего:	8 7,0%	9 8,0%	14 12,3%	15 13,2%	68 59,6%	114 100%

относятся к возрастной группе старше 50 лет и выше. У женщины М., 56 лет, на вторые сутки после операции возникли признаки внутрибрюшного кровотечения, которое было подтверждено анализами крови и УЗИ. Произведена лапароскопия, извлечено 300 мл крови. Источник кровотечения не выявлен. Культия грыжевого мешка и предбрюшинная клетчатка была имбибирована кровью. Произведена санация и дренирование брюшной полости. Выписан на 9 сутки в удовлетворительном состоянии. Опросена через год. Жалоб нет. Состояние хорошее.

У мужчины С., 66 лет, на 2-е сутки обнаружена гематома операционной раны. Гематома вскрыта, дренирована. После вскрытия гематомы течение раны проходило без осложнений. Выписана из отделения на 6-е сутки. Рана зажила первичным натяжением.

У пациента Т., 73 лет, произошло кровоизлияние послеоперационной раны и мошонки. На 7-е сутки имбибция тканей уменьшилась, выписан на амбулаторное лечение. Опросен через 6 месяцев. Послеоперационный рубец и мошонка в хорошем состоянии.

Причиной представленных осложнений явился недостаточный гемостаз во время операции и грубые тракции сосудов. Развитие гематомы семенного канатика и мошонки имеет прямую зависимость от техники обработки грыжевого мешка.

Рецидив заболевания из 94 опрошенных пациентов выявлен у 3 (3,2%). Из 5 герниопластик по методу Постемпского рецидив возник у мужчины 79 лет в течение первого года после хирургического вмешательства. Из 52 пациентов, оперированных по способу Бассини, рецидив развился у 2 (3,8%) мужчин 62-х и 64-х лет через 15 и 17 месяцев соответственно. Ранние рецидивы у наших пациентов возникли у молодых хирургов. По-видимому, имелись технические и тактические ошибки при выполнении пластики задней стенки пахового канала.

У 3 (3,2%) пациентов после операции по Бассини отмечался отек семенного канатика и мошонки. У двух отек разрешился в течение нескольких месяцев, а у одного сформировалась водянка яичка.

После операции по Шоулдайсу и Крымову возникли 2 (2,1%) плотных инфильтрата послеоперационного рубца. После консервативного лечения инфильтраты рассосались в течение нескольких месяцев. На момент опроса жалоб эти пациенты не предъявляли.

Болевой синдром (острая невралгия, парестезия) после операции нами был выделен в отдельную группу, поскольку эти проявления не всегда можно интерпретировать как осложнения операции. Всего с жалобами на боли и нарушения чувствительности было 14 (14,9%) пациентов, при опросе которых выяснилось, что каких-либо местных воспалительных проявлений на стороне операции не отмечалось. В 10 (10,6%) случаях болевые ощущения и парестезии в течение 3–6 месяцев купировались под действием симптоматической терапии либо самостоятельно. У 4 (4,2%) пациентов они сохранились при физической нагрузке.

Хроническая невралгия выявлена у 3 (3,2%) пациентов после операции Бассини (1), Лихтенштейна (1)

и методики клиники (1). У одного пациента боль была интенсивная и ему через один месяц произведено иссечение послеоперационного рубца. Второй с болью средней интенсивности и деформированным рубцом планирует оперироваться. Третий пациент, отмечающий боль ноющего характера, слабой интенсивности использует для ее купирования бандаж.

У 4 (4,2%) пациентов после пластики по Лихтенштейну (3) и методике клиники (1) появилось чувство наличия инородного тела.

Нагноений послеоперационных ран и орхоэпидимитов не выявлено. Все раны зажили первичным натяжением. Введение непосредственно перед операцией цефалоспоринов III поколения предупреждало возникновение гнойно-воспалительных процессов в ране и яичке.

На основании выше изложенного общее число осложнений составило 14,3%. Наиболее часто (8,9%) они возникали после пластики по Бассини, где 70,3% пациентов были старше 50 лет, у которых к этому возрасту возникает деструкция тканей пахового канала. Многие герниологи [4, 16, 19] рекомендуют таким пациентам выполнять пластику задней стенки пахового канала без натяжения.

Среди оперированных нами пациентов наиболее частыми осложнениями являлись рецидивы, кровотечения, невралгии.

Рецидив заболевания является основным критерием эффективности операции. Ранние рецидивы у пожилых пациентов, по-видимому, возникали в результате неправильного выбора герниопластики или связаны с техническими ошибками хирургов. Операция Бассини в классическом варианте включает применение во время пластики поперечной фасции. Однако на практике этот момент не всегда выполняется. В тех случаях, когда имеется высокий паховый промежуток и сшивание краев мышц с паховой связкой осуществляется с большим натяжением, надежного сращения не происходит [21]. Пластика по Постемпскому не всегда обеспечивает анатомическое восстановление тканей, в том числе поперечной фасции. Некоторые хирурги исключили ее из своей практики, как нефизиологичную и дающую частые рецидивы [8, 17].

Наиболее частой причиной рецидива операции по Лихтенштейну является миграция сетки при плохой фиксации и недостатке размера вследствие сокращения импланта в течение года на 20–30% [17, 25].

При применении классических натяжных методик рецидивы в течение первого года наблюдаются в 5–10% случаев [19]. По данным Ступина В. А. и др., которые изучали рецидивы паховых грыж в течение 10 лет, рецидивы в течение первого года после операции возникали у 34,3% пациентов, и все они были связаны с ошибками хирургов (неудаление грыжевого мешка, неадекватно выбранный способ пластики, недооценка изменений пахового канала).

Следует также отметить, что у достаточно большого числа пациентов развитие рецидивов грыж не связано ни со способом оперирования, ни с квалификацией хирурга. Это связано с наличием дефекта соедини-

□ В помощь практикующему врачу

тельной ткани. У 50% пациентов с грыжами имеется снижение соотношения коллагена I/коллагена III [23].

Гематомы пахового канала и мошонки, а также предбрюшинной клетчатки после операции возникают в 1–16,8% случаев [22, 31, 32]. Это чаще всего происходит при значительной травматизации тканей в процессе выделения грыжевого мешка из элементов канатика и недостаточного гемостаза [22]. Однако встречаются и гигантские стертые формы предбрюшинной гематомы. **Paraizet M. A. (29) сообщил о развитии гематомы объемом 770 мл после открытого пахового грыжесечения у мужчины 71 года.** Профилактика этих осложнений, особенно у возрастных пациентов, у которых из-за атеросклероза сосуды не могут спазмироваться, состоит в тщательном гемостазе и адекватном дренировании пахового канала.

Отек семенного канатика, оболочек яичка и, в дальнейшем, развитие водянки, атрофии его, связаны с техникой выполнения операции при значительном натяжении тканей. Возникающая ишемия в зоне операции, вызывает изменения в семявыносящем протоке ввиду прогрессирующего утолщения его стенок, что в конечном итоге может привести к обструктивному бесплодию [17]. Водянка яичка после пластики по способу Шоулдайса возникает в 8% случаев, после пластики по Лихтенштейну – в 3,8% случаев, при классических методиках наблюдается у 7,2% [4, 14]. Болевой синдром (острая невралгия) и парестезия в большинстве случаев бывает следствием повреждения или компрессии ветвей нервов, проходящих в зоне операции при фиксации швами. Такие ощущения встречаются в 3–5% случаев [8, 9]. При длительном сроке наблюдения (более 4 лет) хроническая боль в паховой области средней степени выраженности отмечается у 10–15% оперированных [1, 7].

После применения полипропиленовых имплантов у пациентов возникает чувство инородного тела. Это связано с тем, что малая эластичность полипропиленового сетчатого эндопротеза нарушает подвижность и гибкость протезированного участка передней брюшной стенки. Она не может полноценно участвовать в физических и физиологических процессах из-за отсутствия способности к натяжению [1].

До настоящего момента среди ведущих герниологов выбор оптимального метода операции при паховой грыже вызывает серьезные противоречия. Большое число хирургов [3, 8] предпочитают применять «tension-free» методики с использованием сетчатых трансплантатов и считают, что именно такие операции снижают число рецидивов заболевания. Другие [16, 17, 20] считают, что полный переход к протезирующей пластике не имеет смысла. Это особенно актуально у пациентов молодого возраста, которым можно произвести реконструкцию пахового канала собственными тканями.

Мы считаем, что подход к лечению паховых грыж должен быть индивидуально дифференцированным в зависимости от степени деструкции тканей пахового канала и возраста пациента.

Литература

1. Аладин, А. С., Чукичев А. В., Гюнтер В. Э. и др. // Хирургия. – 2008. – № 3. – С. 37–42.
2. Алекберзаде, А. В., Калюжная Е. И., Липницкий Е. М. и др. // Хирургия. – 2009. – № 11. – С. 70–73.
3. Андреев, А. Л., Лукьянчук Р. М. // Первый конгресс Московских хирургов. – 2005. – 245 с.
4. Аутлев, К. М., Иванов В. В., Кручинин Е. В. // Герниология. – 2006. – № 3 (11). – С. 9–10.
5. Бабаев, А. А., Дядькин Н. А., Шарова Т. Е. // Герниология. – 2006. – № 3 (11). – С. 10.
6. Викторова, И. А. // Автореф. дис. канд. мед. наук. – Омск, 2005. – 43 с.
7. Винник, Ю. С., Петрушко С. И., Миллер С. В. и др. Оперативное лечение грыж передней брюшной стенки. – Красноярск, 2011. – Т. 1. – 260 с.
8. Гордеев, С. А., Луцевич О. Э., Прохоров Ю. А. // Герниология. – 2007. – № 1 (13). – С. 5–17.
9. Грубник, В. В., Лосев А. А., Баязитов Н. Р. и др. Современные методы лечения брюшных грыж. – Киев: Здоровье, 2001. – 280 с.
10. Жебровский, В. В. Хирургия грыж живота. – М: Медицина, 2005. – 381 с.
11. Жолтиков, В. В., Туркина Н. В., Лазарев С. М. // Герниология. – 2006. – № 3 (11). – С. 19–20.
12. Калантаров, Т. К., Новосельцев А.Е., Вакулин Г. В. и др. // Паховая грыжа. – Тверь, 2008. – 80 с.
13. Кирилов, Ю. Б., Астраханцев А. Ф., Зотов Н. В. // Хирургия. – 2003. – № 2. – С. 65–67.
14. Кучерявый, А. Е., Климов А. Е., Пауткин Ю. Ф. и др. // Герниология. – 2006. – № 3 (11). – С. 27.
15. Магомадов, Р. Х., Раннев И. Б., Кутин А. А. и др. // Хирургия. – 2008. – № 5. – С. 60–64.
16. Нестеренко, Ю. А., Сайбулаев С. А. // Хирургия. – 2008. – № 12. – С. 35–39.
17. Протасов, А. В., Кривцов Г. А., Михалева Л. М. и др. // Хирургия. – 2010. – № 8. – С. 28–32.
18. Рубинов, М. А., Козлов В. А., Истранов Л. П. Материалы конференции «Актуальные проблемы герниологии». – М., 2002. – С. 52–53.
19. Ступин, В. А., Нестеренко Ю. А., Раджобов О. М. и др. // Герниология. – 2006. – № 3 (11). – С. 39–40.
20. Ступин, В. А., Лаптев В. В., Михайлуков С. В. и др. // Хирургия. – 2009. – № 11. – С. 53–57.
21. Тоскин, К. Д., Жебровский В. В. Грыжи живота. – М.: Медицина. – 1983. – 240 с.
22. Черепанин, А. И., Покровский К. А., Поветкин А. П. и др. // Хирургия. – 2014. – № 1. – С. 39–42.
23. Эттингер, А. П., Ступин В. А., Нестеренко Ю. А. и др. // Герниология. – 2006. – № 3 (11). – С. 51.
24. Abrahamson, J. // Surg Clin Amer. – 2003. – Vol. 83. – P. 1045–1053.
25. Diendonne, G. // Hernia. – 2001. – Vol. 5 (4). – P. 189–191.
26. Ekeke, O. N., Nwouche C. A. // Niger S. Med. – 2004. – Vol. 13. – P. 64–66.
27. Kald, A., Nilsson J., Anderberg B. et al. // Eur. J. Surg. – 2002. – Vol. 168, № 3. – P. 150–153.
28. O'Dwyer, P. J., Norrie S., Alani A. et al. // Ann. Surg. – 2006. – Vol. 244. – P. 167–174.
29. Parvaizet, M. A. // Anaesthesia. – 2012. – Vol. 67. – P. 73–84.
30. Roumen, R. M. // Ned. Tijdschr. Geneesk. – 2004. – Vol. 148 (49). – P. 2421–2426.
31. Schumpelick, V. // Hernia. 4 ed. Stuttgart. New York: Georg Thieme Verlag. – 2000. – 430 p.
32. Shah, D. K., Sagar J. // Journal of Medical Case Repopis. – 2008. – Vol. 2. – P. 357.

Поступила 25.03.2016 г.