

Т. Е. Иванова<sup>1</sup>, В. Г. Богдан<sup>1</sup>, Н. Н. Дорох<sup>2</sup>, В. В. Рябцев<sup>1</sup>, А. Л. Попченко<sup>1</sup>  
**ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНЫХ  
ПАХОВЫХ ГРЫЖ (ПО ДАННЫМ ЦЕНТРА ГЕРНИОЛОГИИ  
И БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ Г. МИНСКА)**

<sup>1</sup> Кафедра военно-полевой хирургии военно-медицинского факультета в УО «БГМУ»<sup>1</sup>,  
УЗ «4-я городская клиническая больница им Н.Е. Савченко»<sup>2</sup>

Дана оценка клинического применения различных способов герниопластики при рецидивных паховых грыжах. Установлены основные причины возникновения рецидивов.

**Ключевые слова:** рецидивная паховая грыжа, хирургическое лечение.

**T.E. Ivanova, V.G. Bogdan, N.N. Dorokh, V.V. Ryabtsev, A.L. Popchenko  
THE APPEARANCE REASONS AND METHODS OF TREATMENT OF  
RELAPSING BUBONOCELE.**

The article gives clinical usage evaluation of different kinds of hernioplasty in case of relapsing bubonocoele. The main reasons of appearance of relapse are given in the article.

**Key words:** bubonocoele, interventional treatment.

Паховые грыжи встречаются у 4-6 % взрослого населения и являются предметом пристального внимания хирургов, направленного на профилактику осложнений грыжи, прежде всего – ущемления [3, 6]. Достигается это оперативным устранением паховой грыжи. Неслучайно сегодня больные с данной патологией составляют до 40% оперированных паховой грыж. В истории герниологии хранятся сведения более чем о двухстах методах оперирования паховой грыжи [7]. Последние десятилетия ассоциируются с внедрением сетчатых трансплантатов и лапароскопической техники [9]. Тем не менее, частота рецидива паховых грыж, первично оперированных в общем хирургическом стационаре, колеблется, по литературным данным, от 7 до 15%, что свидетельствует о нерешенности проблемы [1, 2, 5, 8].

**Цель исследования:** изучить причины возникновения

Таблица 1. Распределение пациентов по возрасту

До 40 лет	41-50 лет	51-60 лет	61-70 лет	старше 70 лет
2009г. 2	2009г. -	2009г. 9	2009г. 16	2009г. 10
2010г. 5	2010г. 8	2010г. 10	2010г. 11	2010г. 6
Итого: 7 (9%)	8 (10,4%)	19 (24,6%)	27 (35%)	16 (21%)

ния и оценить результаты хирургического лечения рецидивных паховых грыж по данным городского центра герниологии и бариатрической хирургии г. Минска.

**Материал и методы**

Были изучены истории болезней и проведена оценка отдаленных результатов лечения пациентов, оперированных по поводу рецидивных паховых грыж в городском центре герниологии и бариатрической хирургии за период 2009 – 2010гг.

За это время в городском центре герниологии было оперировано 77 пациентов с рецидивными паховыми грыжами. Из них 76 (98,7%) мужчины и 1 (1,3%) женщина. В 2009 году оперировано 37 пациентов, в 2010 году – 40 пациентов.

Распределение по возрасту представлено следующим образом: до 40 лет-7 (9%) человек, 40-50 лет – 8 (10,4%), 50-60 лет – 19 (24,6%), 60-70 – 27 (35%), старше 70 – 16 (21%) пациентов (таблица 1).

Таким образом, основная масса пациентов с рецидивными паховыми гры-

Таблица 2. Количество рецидивов

1 рецидив	2 рецидива	3 рецидива
2009г. 29	2009г. 4	2009г. 4
2010г. 32	2010г. 7	2010г. 1
<b>Итого: 61 (79%)</b>	<b>11 (14,5%)</b>	<b>5 (6,5%)</b>

Таблица 3. Сроки возникновения рецидивов

Более 10 лет	5-10 лет	Менее 5 лет
2009г. 8	2009г. 9	2009г. 16
2010г. 12	2010г. 10	2010г. 24
<b>Итого: 20 (29%)</b>	<b>19 (27,5%)</b>	<b>30 (43,5%)</b>

Таблица 4. Сопутствующие заболевания у пациентов с рецидивными паховыми грыжами

Сопутствующие заболевания	Количество пациентов N=59
Заболевания сердечно-сосудистой системы	55
Заболевания органов дыхания	8
Язвенная болезнь, хр. Гастрит	7
Другие заболевания: (последствия ОНМК, хр. гломерулонефрит и др.)	4

жами старше 50 лет – 80,6%, из них 56% старше 60 лет.

Существенного различия в преобладании стороны рецидива не было. Правосторонних грыж было 48, левосторонних – 30.

Количество рецидивов было следующим: 1 рецидив – 61 (79%) пациент, 2 рецидива – 11 (14,5%) пациентов, 3 – 5 (6,5%) пациентов (таблица 2).

Таким образом, у большинства пациентов (79%) был один рецидив паховой грыжи. За последние 2 года не было ни одного пациента с количеством рецидивов больше 3.

Какой-либо связи рецидивных паховых грыж с одним лечебным учреждением выявлено не было. Пациенты были оперированы в различных стационарах Республики Беларусь (75 человек) и России (2 человека).

У 69 пациентов (89,6%) из анамнеза по истории болезни установлены сроки возникновения рецидивов.

По срокам возникновения рецидивов (при нескольких рецидивах считался срок после последней операции) пациенты распределились следующим образом (таблица 3).

Таким образом, основное количество рецидивов возникло в сроки менее 5 лет (43,5%).

Пять пациентов, у которых развился рецидив, были оперированы первый раз более 20 лет назад (через 40, 39, 38, 36 и 20 лет), что, возможно, следует считать не рецидивом, а вновь возникшей грыжей в связи с возрастными дегенеративно-дистрофическими изменениями в тканях. В литературе это описывается как «ложный рецидив».

У 2 пациентов до 40 лет (26 лет и 32 года) рецидив возник через 15 лет. Оба были оперированы в детстве.

Сопутствующие заболевания были выявлены у 59 пациентов (76,6%) (таблица 4)

Таким образом, основная масса пациентов (76,6%) с рецидивными грыжами имела сопутствующую патологию, в основном заболевания сердечно-сосудистой системы.

У некоторых из них было несколько заболеваний. Пять пациентов перенесли инфаркт, трое оперированы на сердце.

Под спинномозговой анестезией оперировано 69 пациентов (89,6%), 8 (10,4%) – под местным обезболиванием. Местная анестезия была выбрана у 2 пациентов с тяжелой сопутствующей патологией (состояние после инфаркта и острого нарушения мозгового кровообращения) и у 6 пациентов без сопутствующих заболеваний. У всех был один рецидив заболевания.



Рисунок 1. Рецидивная прямая паховая грыжа; латеральный рецидив [3].

Таблица 5. Вид предыдущей пластики пахового канала у пациентов с рецидивными паховыми грыжами

Вид предыдущей пластики	Количество пациентов
Пластика передней стенки	63 (82%)
Пластика задней стенки	6 (7,5%)
Пластика с сетчатым имплантатом	3 (2,7%)
После операции Лихтенштейна	4 (1,3%)
Вид пластики не установлен	5 (6,5%)
<b>Итого:</b>	<b>77 (100%)</b>

Все операции были выполнены хирургами высшей квалификационной категории. Среднее время операции составило 54,6±17,7 мин.

Из протокола операции оценить ранее выполненную пластику можно было косвенно. Если была фраза: «вскрыт паховый канал, выделен семенной канатик и грыжевой мешок», то мы расценивали это, как ранее выполненную пластику передней стенки.

Исходя из этого, было установлено, что пластика передней стенки ранее выполнена 63 пациентам (82%), пластика задней стенки – 6 (7,5%). Операции с использованием сетчатого имплантата – 3 (4%). Установить вид пластики не удалось у 5 пациентов (6,5%). Виды ранее выполненных пластик представлены в таблице 5.

Таким образом, до настоящего времени основным видом пластики, которая приводит к рецидиву все еще остается пластика передней стенки пахового канала, причем у 5 пациентов (6,5%) она выполнялась повторно (второй рецидив по поводу рецидивной грыжи).

После пластики задней стенки рецидив грыжи возник у выхода семенного канатика из внутреннего пахового кольца (латеральный рецидив).

После пластики с сетчатым имплантатом возникло 3 рецидива. Один (1,3%) после пластики по Лихтенштейну – в зоне недостаточной фиксации имплантата к элементу

Таблица 6. Вид пластики пахового канала у пациентов с рецидивными паховыми грыжами

Вид пластики	Количество пациентов
Пластика по Лихтенштейну	60 (78%)
Пластика по Постемскому	8 (10,4%)
По Бассани	4 (5,1%)
Устранение грыжевого дефекта (после операции Лихтенштейна)	1 (1,3%)
Лапароскопическая герниопластика	2 (2,6%)
Пластика двойного апоневроза сетчатым имплантатом (у не-шнур)	1 (1,3%)
Способ Walsh без фиксации сетчатого имплантата	1 (1,3%)
<b>Итого:</b>	<b>77 (100%)</b>

Таблица 7. Послеоперационные осложнения у оперированных пациентов с рецидивными паховыми грыжами

Осложнения	Количество пациентов N=69
Рвота	1 (1,4%)
Если незначительные проколы	3 (4,3%)
Дискомфорт в зоне операции	4 (5,8%)
Свищи, гематомы	-
Иные осложнения, в т.ч. легочная эмболия	-
Ишемический инсульт	-
Отрыв швов	2 (2,9%)
Длительная рвота	-
Снижение трудоспособности, связанное с операцией	-
Итого:	9 (13%)

там паховой связки и два рецидива – после фиксации сетки вокруг грыжевого дефекта. В этих двух случаях сетчатый имплантат удален вместе с грыжевым мешком.

Из 77 операций грыжевой мешок иссечен в 33 (43%) случаях. В 44 (57%) был погружен без иссечения.

Прямая грыжа установлена в 55 случаях (71,5%) из них 6 «скользящих» грыж, косая грыжа – в 7 случаях (9%). В 15 случаях (19,5%) установить вид грыжи не удалось.

Пациентам были выполнены следующие виды пластики (таблица 6).

Таким образом, основным видом пластики пахового канала у пациентов с рецидивными грыжами была пластика по Лихтенштейну с использованием полипроленового сетчатого имплантата. Ушивание дефекта апоневроза двухрядными швами было выполнено в 1 случае после операции Лихтенштейна. В 4 случаях выполнена пластика задней стенки по Бассини. И хотя в настоящее время рецидива нет, мы ее не рекомендуем, так как по данным зарубежных авторов, где выполнялась в основном пластика задней стенки по Бассини, рецидивные грыжи наблюдались в 90% случаев [5]. Лапароскопическая герниопластика выполнена в 2 случаях и по продолжительности оперативного вмешательства была сопоставима с традиционными видами пластик.

Средний койко-день составил  $5,3 \pm 2,1$  дня. Послеоперационных осложнений в стационаре не было.

Почти все пациенты (89,6%) получали антибиотики (цефатоксим или цефазолин) до дня выписки из стационара.

Результаты лечения прослежены у 69 пациентов (89,6%) от 2 лет до 4 месяцев методом опроса. Оценивалось наличие рецидива, осложнения после операции, выявленные амбулаторно (боль, дискомфорт в зоне операции, восстановление трудоспособности) (таблица 7).

Таким образом, рецидив развился у одного пациента,

у которого не была фиксирована сетка после операции Wantz. Незначительные, непостоянные боли отмечены у 3 пациентов (4,3%), дискомфорт (ощущение инородного тела, покалывание и др.) у 4 (5,8%). У 2 пациентов (2,9%) наблюдался умеренный отек мошонки, который прошел после физиотерапевтического лечения в поликлинике. Других осложнений, описанных в литературе, не было [8]. Все эти (малые) осложнения развились после операции Лихтенштейна. Связи осложнений с повторными рецидивными грыжами проследить не удалось.

#### Выводы

1. Основное количество рецидивов развилось после пластики передней стенки пахового канала.
2. Большинство рецидивных грыж связано с несостоятельностью задней стенки пахового канала.
3. Пластика по Лихтенштейну показала хорошие ближайшие и отдаленные результаты в лечении пациентов с рецидивными паховыми грыжами.
4. Операции по поводу рецидивных паховых грыж должны выполняться в специализированных центрах.

#### Литература

1. Егиев, В. Н., Сакеев В. П., Качанов В. А., Сергеев А. К. Результаты использования герниопластики без натяжения при лечении ущемленной паховой грыжи. Герниология 2004; 4: 16 – 18.
2. Егиев, В. Н., Чижов Д. В. Проблемы и противоречия «натяжной герниопластики». Герниология 2004; 4: 3 – 7.
3. Жебровский, В. В. Хирургия грыж живота. М: ООО МИА 2005; 384.
4. Нестеренко, Ю. А., Газиев Р. М. Паховые грыжи, реконструкция задней стенки пахового канала. М: БИНОМ. Лаборатория знаний 2005; 144.
5. Островский, В. К., Филимончев И. Е. Факторы риска рецидивов паховых грыж. Хирургия, 2010.-N 3. – С.45 – 48.
6. Ezio Gianetta, Sonia Cuneo, Bruno Vitale, Giovanni Camerini, Paola Marini, Mattia Stella. Anterior Tension-Free Repair of Recurrent Inguinal Hernia Under Local Anesthesia. 7-Year Experience in a Teaching Hospital. Ann Surg. 2000 January; 231(1): 132.
7. Shulman AG, Amid PK, Lichtenstein IL. The safety of mesh repair for primary inguinal hernia: results of 3,019 operations from five diverse surgical sources. Am Surg 1992; 58:255 – 257.
8. Lichtenstein IL, Shulman AG, Amid PK. The cause prevention and treatment of recurrent groin hernia. Surg Clin North Am 1993; 73(3): 529 – 4
8. Kumar, S., Nixon S. J., I. M. C. Macintyre. Laparoscopic or Lichtenstein repair for recurrent inguinal hernia: one unit's experience. J.R.Coll.Surg.Edinb., 44, August 1999, 301 – 2.

Поступила 19.10.2011 г.

И. Н. Игнатович, Г. Г. Кондратенко, Е. И. Дашкевич

## ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА ВЫСОКОЙ АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТИ НА ОСНОВАНИИ УРОВНЯ ДЕГИДРОЭПИАНДРОСТЕРОНА-СУЛЬФАТА СЫВОРОТКИ КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
УЗ «10 городская клиническая больница», г. Минск