

Хирурги обсудили проблему хронической боли на Всемирной конференции по лечению грыж

НОВОСТИ

На сегодняшний день хроническая боль в области паха после операции по удалению грыжи представляется одной из самых важных проблем для пациентов с паховой грыжей и их лечащих хирургов. Тем не менее, этиология и меры предупреждения хронической боли остаются неизвестными.

Последние исследования, в которых анализировалась боль, показали, что хроническая боль средней и высокой интенсивности после лечения паховой грыжи проявляется приблизительно у 10-12% пациентов, при этом хроническая боль высокой интенсивности, негативно воздействующая на повседневную деятельность, проявляется лишь у 0,5-6% пациентов (*J Pain Res*2014;7:277-290).

На Всемирной конференции по лечению грыж в Милане в круг вопросов, обсуждавшихся собравшимися хирургами, вошли следующие темы: клиническая картина боли, последние наработки, пробелы в имеющихся знаниях о боли, возможное лечение, а также профилактические меры.

Доктор медицины Жерар Шампо из Франции резюмировал свое мнение о боли, связанной с лечением паховой грыжи. Изучив соответствующую литературу, он сообщил, что в комплексных исследованиях пришли к выводу о меньшей степени боли после лапароскопической герниопластики, пластики с использованием сетки и легкой сетки, чем после открытой герниопластики, пластики без использования сетки и с использованием тяжелой сетки соответственно. Однако результаты были ограниченными из-за непродолжительности исследований.

Доктор медицины Кевин Петерсен, хирург общего профиля из Лас-Вегаса, поделился своим опытом в области хронической боли и боли, вызванной имплантацией сетки. Он сообщил, что после того, как в середине 1990-х годов хирурги начали быстрыми темпами переходить с пластики собственными тканями на пластику с использованием сетки, у пациентов клиник стали появляться случаи боли, связанной с имплантированной сеткой. Доктор Петерсен также обсудил конкретные случаи, связанные с подобной болью, включавшие потерю работоспособности и инвалидность. Доктор Петерсен представил результаты 114 случаев использования эксплантатов у пациентов, испытывавших хроническую боль, за последние шесть лет. Данные пациенты подвергались различным видам лапароскопических и открытых манипуляций с использованием сетки (82%), а также умбиликальным, бедренным, эпигастральным манипуляциям и надрезам с целью лечения паховой грыжи.

Доктор Петерсен провел формальную лапаротомию для извлечения сетки, и в требующих того случаях имевшаяся грыжа была излечена с помощью модифицированного метода Мак-Вея. После внедрения сеточных эксплантатов наблюдались минимальные осложнения, включая две раневые инфекции, наряду с восемью случаями рецидива грыжи.

Средняя оценка боли по десятибалльной визуально-аналоговой шкале до операции (8,2) и через два года после операции (2,7) значительно улучшилась. Большинство пациентов испытывало существенное облегчение, в то время как одна треть пациентов не ощущала особого положительного эффекта.

Причина боли была не только исключительно в пациентах, уровень боли которых не

нормализовался после установки сеточного эксплантата. Доктор Петерсен сообщил, что у некоторых пациентов наблюдалось перемещение сетки, но в большинстве случаев он не нашел никаких технических проблем в сеточном имплантате или хирургическом методе. Он также утверждал, что вызывать боль после лечения паховой грыжи может повреждение или раздражение паховых нервов.

Аналогичное мнение о повреждении нервов как причине боли высказал доктор медицины, член Американской коллегии хирургов, доцент клиники UCLA Lichtenstein Amid Hernia Clinic и медицинского колледжа Дэвида Геффена при Калифорнийском университете в Лос-Анджелесе, Дэвид Чен. В 2014 году в своем исследовании Доктор Чен и его коллеги описали множество способов, которыми могут быть повреждены нервы при паховом лечении, включая хирургические манипуляции, растяжение, разрушение, частичный или полный сдвиг, или ущемление в хирургическом шве или местах скрепления.

На конференции по лечению грыжи в ходе экспертного обсуждения злободневного вопроса, касающегося фиксации сетки при лапароскопической герниопластике, доктор медицины и хирург общего профиля Мэтью Голдблатт сделал акцент на проспективном многоцентровом исследовании (*Surg Endosc* 2008;22:757-762), в котором велось наблюдение за 360 пациентами, перенесшими лапароскопическую тотальную экстраперитонеальную (ТЭП) герниопластику с фиксацией металлическими стежками, либо без фиксации. Исследователи обнаружили, что в период от 6 до 13 месяцев с момента операции пациенты с фиксацией в большей мере испытывали боль, а пациенты с билатеральной пластикой в 5 раз чаще жаловались на более сильный дискомфорт в месте фиксации.

Доктор Голдблатт также говорил об исследовании (*World J Surg* 2013;37:1249-1257), в котором сравнивалось качество жизни после ТЭП, трансабдоминальной предбрюшинной (известной как ТАПБ) герниопластике и модифицированной пластике по Лихтенштейну, и сообщил, что появление ранней послеоперационной боли учащается при наложении 10 или более стежков, однако это не влияет на рецидив хронической послеоперационной боли.

Хроническая боль после паховой герниопластики может быть следствием послеоперационного фиброза (*World J Gastroenterol* 2011;17:1791-1796), что является ничем иным, как рубцеванием или формированием избыточной соединительной ткани в органе или ткани, возникающим обычно как ответ на травму и проявляющимся в форме процесса заживления. Однако чрезмерное рубцевание может изменить строение органа, что приводит к подавлению интеграции сетки и вызывать боль.

На конференции доктор медицины, профессор хирургии и директор центра Case Comprehensive Hernia Center при Университете Кейс Вестерн Резерв в Кливленде Юрий Новицкий раскрыл связь между фиброзом и биосовместимостью сетки. Он упомянул, что, согласно проведенному в 2012 году исследованию, вживление синтетической сетки из макропористого полиэстера мышам привело к интенсивнейшей реакции на чужеродные тела и хронической воспалительной реакции с расширенным политетрафторэтиленом (рПТФЭ), а также вызвало мощную фиброзную реакцию. В то же время, как выявило исследование 2012 года, сетка из облегченного макропористого полипропилена показала наилучшую биосовместимость.

Доктор Чен пояснил, что хирургический опыт может сыграть жизненно важную роль в решении проблемы болей после герниопластики, но лишь немногие хирурги проводят достаточное количество герниопластик, позволяющее им стать достаточно компетентными в этой области. Боль – явление сложное, и психологические, анатомические и наследственные изменения, наряду с хирургическими факторами, также оказывают на нее воздействие.

Доктор Шампо предположил, что периоперационное охлаждение области хирургического

вмешательства может понизить интенсивность ранней или кратковременной боли (*Pain Studies and Treatment* 2014;2:113-120), в то время как другие способы купирования послеоперационной боли включают стимуляцию спинного мозга, нейростимуляцию или нейрэктомия. Однако не существует метода, являющегося универсальным для всех пациентов.

Новости общей хирургии