

© Л.С. Білянський, Д.С. М'ялковський, М.Ю. Крестьянов, А.Р. Косяк, 2013

УДК 616.36-089.843

Л.С. БІЛЯНСЬКИЙ, Д.С. МЯЛКОВСЬКИЙ, М.Ю. КРЕСТЬЯНОВ, А.Р. КОСЯК
Національний інститут хірургії та трансплантації ім. О.О. Шалімова АМН України, Київ;
Ірпінська центральна міська лікарня Київської області, Ірпінь

ДІАГНОСТИКА СЛАБКОСТІ ЗАДНЬОЇ СТІНКИ ПАХВИННОГО КАНАЛУ ЯК ПРИЧИНИ ХРОНІЧНОГО ПАХВИННОГО БОЛЮ

Проведено ретроспективний аналіз результатів діагностики 25 хворих зі скаргами на хронічний персистуючий пахвинний біль, причиною якого була слабкість задньої стінки пахвинного каналу. Фізикальні методи не виявили жодних патологічних змін, окрім локальної болючості в пахвинній ділянці. УЗО дало змогу верифікувати випинання задньої стінки пахвинного каналу у 60% хворих.

Запропонована етапна пневмоперитонеохромографія дає можливість виявити означену патологію у 100% хворих. Завдяки попередньому накладенню напруженого пневмоперитонеума виключається можливість ушкодження органів черевної порожнини при введенні троакару. Підвищений внутрішньочеревний тиск та ефект подвійного контрастування забезпечують кращу візуалізацію патологічного процесу ніж класична герніографія.

Ключові слова: слабкість задньої стінки пахвинного каналу, спортивна грижа, синдром хронічного пахвинного болю, перитонеографія, герніографія

Вступ. Слабкість задньої стінки пахвинного каналу (спортивна грижа, прихована грижа) є характерним симптомом синдрому м'язового дисбалансу у атлетів, які страждають на хронічний пахвинний біль [1, 4, 9, 11]. Незважаючи на значний ступінь розвитку м'язової маси, притаманну для молодих, фізично активних людей та спортсменів-професіоналів і аматорів, гіпертрофія т. adductor con-quis, що розвивається внаслідок систематичних тренувань, повторного здійснення ударів ногами, бігу, переміщенні на ковзанах і ряду інших, та відносна слабкість м'язів передньої черевної стінки призводить до дисбалансу дії сил на лобкову зону (точку їх перетину) [6, 8, 10]. Особливості анатомічної будови пахвинного проміжку, який потерпає внаслідок значних фізичних навантажень, реалізуються в розтягненні, стоншенні та надривах пахвинного серпа, що збільшує тиск на задню стінку пахвинного каналу викликаючи випинання поперечної фасції. Ступінь випинання (локальний, чи на всій довжині) приводить до стиснення пахвинних нервів та виникнення персистуючого пахвинного болю [7].

Мета дослідження. Покращити результати лікування хворих на синдром хронічного пахвинного болю, завдяки вдосконаленню методів діагностики слабкості задньої стінки пахвинного каналу як одного з його провідних патогенетичних чинників.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз обстеження та лікування 25 хворих, які

перебували на стаціонарному та амбулаторному лікуванні в період з 2008 по 2011 рік у віці від 14 до 39 років, із скаргами на хронічний пахвинний біль, причиною якого була слабкість задньої стінки пахвинного каналу. Всі обстежені – спортсмени-професіонали та аматори (футболісти, легкоатлети, тенісисти). Тривалість захворювання складала від 4 місяців до 10 років. Супутньої патології у більшості не було, за винятком 3 хворих – 2 з хронічним гастродуоденітом та 1 з варикозною хворобою нижніх кінцівок. Єдиною скаргою у всіх пацієнтів був персистуючий біль в пахвинній ділянці. При фізикальному обстеженні, окрім локальної болючості, інших патологічних змін не було. На оглядовій рентгенографії тазу патології також не виявлено. Блокади пахвинних нервів приносили тимчасовий ефект, та не були ефективними у жодного хворого, у 5 – лише зменшили його інтенсивність.

Всім хворим виконувалося УЗО в положенні лежачи, стоячи та на висоті проби Вальсальви. У 15 (60%) з них виявлено випинання задньої стінки пахвинного каналу, причому тільки на висоті вищезгаданої проби.

Решті 10 хворим, яким не вдалося верифікувати діагноз усіма доступними методами обстеження, виконували розроблену в клініці «етапну пневмоперитонеохромографію». Суть метода полягає в наступному. Хворий знаходився в положенні лежачи на спині з розігнутою на 20-25° головою. Під місцевим знеболенням над пупком виконували попере-

ний розріз завдовжки 1–1,5 см. Затискачем створювали канал у підшкірній жировій клітковині та під контролем ока накладали затискачі на апоневроз зовнішнього косоного м'язу живота. В черевну порожнину вводили голку Вереша та накладали напружений пневмоперитонеум тиском 12 мм рт. ст. Вводили в черевну порожнину троакар діаметром 5 мм, видаляли стилет і через отвір заводили мікроіригатор 4Р, троакар видаляли. Через катетер контрастували черевну порожнину за допомогою рентгеноконтрастної речовини (урографін 38% або тріомбраст 38%) в об'ємі 100–150 мл (рис. 1).

Якщо у хворого мала місце алергія на йодовмісні препарати - вводили водорозчинний препарат візіпак.

Катетер закривали, навколо нього накладали асептичну пов'язку. Виконували серію рентгеновських знімків у прямій та косій проекції.



Рис. 1. Введення в черевну порожнину рентгеноконтрастної речовини після накладання пневмоперитонеуму.



Рис. 2. Пневмоперитонеограма (слабкість задньої стінки пахвинного каналу у вигляді випинання).

Слабкість задньої стінки пахвинного каналу діагностували при появі вип'ячування в пахвинній ділянці на рентгеновських знімках (рис. 2).

При сумнівному результаті та отриманні згоди від пацієнта на виконання оперативного втручання, в черевну порожнину вводили 40–50 мл 0,02%

розчину метиленового синього та видаляли мікроіригатор. Виконували хірургічну ревізію пахвинного каналу і по більш інтенсивно забарвлених ділянках задньої стінки пахвинного каналу діагностували її слабкість, не витрачаючи час на пошук інших причин пахвинного болю.

Результати досліджень та їх обговорення. Слабкість задньої стінки пахвинного каналу – найчастіша (близько 50%), але не єдина причина синдрому хронічного пахвинного болю [1, 5, 13]. На відміну від більшості відомих патогномічних чинників, на кшталт нейропатії пахвинних нервів, лобкового остейту, симфізиту та інших, діагностувати стан задньої стінки до операції практично неможливо. Інформативність фізикального обстеження обмежена наявністю в деяких випадках локальної болочості в проекції пахвинного проміжку та не завжди переконливого симптому кашльового поштовху. Методи візуалізації також малоінформативні.

Традиційна методика перитонеографії (герніографії) в класичному виконанні дозволяє верифікувати діагноз не більше, ніж в 60 - 80 % випадків та у 1% пацієнтів за статистичними даними супроводжується перфорацією порожнистого органа при введенні троакара [2, 3, 12, 14, 15].

У США та Австралії протягом останніх 15 років не використовують методику герніографії для діагностики слабкості задньої стінки пахвинного каналу, через велику кількість хибнонегативних результатів. Ризик виникнення перфорації кишки, який сягає 1%, в певній мірі є стримуючим фактором при прийнятті рішення про виконання герніографії в класичному варіанті. Таким чином, даний вид діагностики справедливо стає менш поширеним у клініках, що займаються лікуванням хворих на синдром хронічного пахвинного болю.

В запропонованій нами методиці попереднє накладання напруженого пневмоперитонеуму зменшує ризик ушкодження органів черевної порожнини за рахунок утворення повітряного простору між ними та черевною стінкою та власне атравматичної конструкції голки Вереша, що й забезпечує зниження травматичності маніпуляції та виключає появу вищезгаданого ускладнення. Створене таким чином підвищення внутрішньочеревного тиску спричиняє вип'ячування ослабленої задньої стінки пахвинного каналу, яке не завжди виявляється під час класичної герніографії. Ефект подвійного контрастування (газ+контраст) забезпечує кращу візуалізацію, ніж контраст без газу.

Таким чином, нам вдалося діагностувати слабкість задньої стінки пахвинного каналу у 8 з 10 хворих. У решти 2 пацієнтів, через певні сумніви в правильності діагностики, в черевну порожнину під час тієї ж маніпуляції вводили розчин метиленового синього та виконали хірургічну ревізію пахвинного каналу. Завдяки цьому вдалося швидко відшукати зафарбовані ділянки, що підтверди-

ло наявність у хворого слабкості задньої стінки пахвинного каналу.

Таким чином, пневмоперитонеографія в нашому дослідженні виявилася інформативною у 80% хворих, а додаткова перитонеохромографія підтвердила операційний пошук ділянок слабкості задньої стінки пахвинного каналу в сумнівних випадках. Таким чином, у комплексі обстеження етапна пневмоперитонеохромографія з чутливістю в 100% достовірно дозволяє виявити слабкість задньої стінки пахвинного каналу.

Висновки.

1. Визначення слабкості задньої стінки пахвинного каналу як найбільш часті причини тривалого персистуючого болю в пахвинній ділянці, є

складною проблемою, яка потребує достовірних методів діагностики. Традиційна методика перитонео-герніографії в класичному виконанні дозволяє верифікувати діагноз не більше, ніж в 60% випадків та у 1% пацієнтів супроводжується перфорацією порожнистого органа.

2. Інформативність УЗО пахвинної ділянки в різних положеннях тіла та з застосуванням провокаційних проб дозволяє верифікувати діагноз в 60% випадків.

3. В сумнівних випадках діагностики слабкості задньої стінки пахвинного каналу як чинника синдрому хронічного пахвинного болю слід надавати перевагу виконанню етапної пневмоперитонеохромографії, чутливість якої досягає 100%.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Білянський Л.С. Синдром хронічного пахвинного болю / Л. С. Білянський // Клін. хірургія. — 2010. — №10. — С. 45—47.
2. Peritoneography (Herniography) for Detecting Occult Inguinal Hernia in Patients with Inguinodynia / P. Charles, M.D. Heise, I.A. Sproat, J.R. Starling // *Ann Surg.* — 2002. — Vol. 235(1). — P. 140—144.
3. Herniography in women under 40 years old with chronic groin pain / P. Kesek, O. Ekberg // *Eur J Surg.* — 1999. — Vol. 165(6). — P. 573—578.
4. Sportsmen hernia: What do we know? / S. Morales-Conde, M. Socas, A. Barranco // *Hernia.* — 2010. — Vol. 14. — P. 5—15.
5. Ultrasound in sports medicine: relevance of emerging techniques to clinical care of athletes / E.S. Yim, G. Corrado // *Sports Med.* — 2012. — Vol. 42(8). — P. 665—670.
6. Sportsman hernia: what can we do? / J.F.W. Garvey, J.W. Read, A. Turner. // *Hernia.* — 2010. — Vol. 14. — P. 17—25.
7. Minimal Repair Technique of Sportsmen's Groin: an innovative open-suture repair to treat chronic inguinal pain / U. Muschaweck, L. Berger // *Hernia.* — 2010. — Vol. 14. — P. 27—33.
8. Audit of ultrasound and decision to operate in groin pain of unknown etiology with ultra-sound technique explained / R. Depasquale, C. Landes // *Clin Radiol.* — 2009. — Vol.64. — P. 608—614.
9. Ultrasound of the inguinal floor for evaluation of hernias / M. Lilly, M. Arregui // *Surg. Endosc.* — 2002. — Vol.16. — P. 659—662.
10. Groin pain associated with ultrasound finding of inguinal canal posterior wall deficiency in Australian Rules footballers / J. Orchard, J. Read // *Sports Med.* — 1998. — Vol. 32. — P.134—139.
11. Groin hernia: role of herniography / J. van den Berg, S. Strijk // *Radiology.* — 1992. — Vol. 184. — P. 191—194.
12. The value of herniography in the diagnosis of unexplained groin pain / J. Mäkelä, H. Kiviniemi // *Ann Chir Gynaecol.* — 1996. — Vol. 85. — P. 300—304.
13. Herniography: a diagnostic tool in groin symptoms following hernial surgery / S. Smedberg, A. Broomé // *Acta Chir Scand.* — 1986. — Vol. 152. — P. 273—277.
14. The athletic hernia: a systematic review / K.G. Jr. Swan, M. Wolcott // *Clin Orthop. Relat. Res.* — 2007. — Vol. 455. — P. 78—87.
15. G. Campanelli / Pubic inguinal pain syndrome: the so-called sports hernia / G. Campanelli // *Hernia.* — 2010. — Vol. 14. — P. 1—4.

L.S. BILYANSKYI, D.S. MYALKOVSKYY, M.Y. KRESTYANOV, A.R. KOSYAK

National Institute of Surgery and Transplantation by A.A. Shalimov, Kyiv; Medical Sciences of Ukraine, Irpen central city hospital of Kyiv region, Irpen

DIAGNOSIS OF THE POSTERIOR INGUINAL WALL WEAKNESS AS A CAUSE OF CHRONIC INGUINAL PAIN

The diagnostics retrospective analysis of 25 patients with chronic persistent inguinal pain which was caused by the weakness of the posterior wall of the inguinal canal was performed. The physical methods revealed no pathological changes except local pain in the inguinal region. Ultrasound examination of the inguinal region verified the protrusion of the posterior inguinal wall in 60% of patients. The proposed staged pneumoperitoneochromography allows to identify the pathology in 100% of patients. Acute pneumoperitoneum excludes the possibility of abdominal cavity damages while the introduction of trocars. Increased intra-abdominal pressure and the effect of double contrast provides better visualization of the pathological process than classical herniography.

Key words: posterior inguinal wall weakness, sport's hernia, syndrome of inguinal chronic pain, peritoneography, herniography

Стаття надійшла до редакції: 7.09.2013