

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У МУЖЧИН

*Безводицкая А.А., Янушко В.Я., Пожарицкий А.М., Головацкий А.П.
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. По данным больших сборных статистик грыжи передней брюшной стенки встречаются у 4-7% населения. Ежегодно в мире выполняется более 20 млн. грыжесечений, что составляет 10-15% от всех оперативных вмешательств на органах брюшной полости [3]. Существует множество методов лечения паховых грыж. Предложенная Лихтенштейном в 1986 году операция герниопластики «без натяжения» (tension-free), которая предусматривала использование полипропиленового сетчатого протеза, является патогенетически обоснованной и высоконадежной. С этого момента началось ее повсеместное внедрение [1,2]. С развитием малоинвазивных способов лечения все чаще стали применяться методы лапароскопической пластики грыж, а конкретно метод тотальной экстраперитонеальной пластики (ТЭП). Отличаясь малой травматичностью и достаточно высокой эффективностью, эти методики во многих случаях стали альтернативой традиционным способам грыжесечения [4,5].

Цель. Провести сравнительный анализ двух методов оперативного лечения паховых грыж (операция по Лихтенштейну и операции по ТЭП методике).

Материалы и методы. На базе УЗ «Городская клиническая больница № 4» г. Минска выполнен рандомизированный ретроспективный анализ 106 медицинских карт стационарного пациента хирургического отделения за 2019 год: 64 пациента с выполненной операцией по Лихтенштейну и 42 пациента, оперированных лапароскопически – ТЭП- методика.

Исследованы мужчины в возрасте от 19 до 60 лет. Все прооперированы по поводу паховой грыжи, как прямой так и косой. ТЭП выполнялась пациентам с односторонними паховыми грыжами. Пациентами выбора в данном случае являлись молодые мужчины (медиана 31,7 лет). Операция по Лихтенштейну выполнялась как при односторонней, так и двусторонней паховых грыжах (58 и 6 случаев соответственно), ущемленной грыже (4 случая), рецидиве грыжи (1 случай). Оперированы мужчины различного возраста (медиана 48,8 лет).

Результаты. Средняя продолжительность операции ТЭП в группе 20-40 лет составила 52,6 минут ($p < 0,05$), а в группе 40-60 лет – 59,5 минут ($p < 0,05$). Длительность операции по Лихтенштейну в группе 20-40 лет – 38,7 минут ($p < 0,05$), в группе 40-60 лет – 42,2 минуты (разница с ТЭП 29%, $p < 0,05$), в случаях, осложненных сопутствующей патологией – 47,6 минут ($p < 0,05$). После выполнения операции ТЭП среднее количество койко-дней в группе 20-40 лет

составило 3,5 дней ($p < 0,05$), в группе 40-60 лет – 4,6 дней ($p < 0,05$). После операции по Лихтенштейну медиана койко-дней в группе 20-40 лет составила 4,2 дня (разница с ТЭП 16,7%, $p < 0,05$), в группе 40-60 лет – 6,9 дней (разница с ТЭП 33,3%, $p < 0,05$), в случаях с сопутствующей патологией 11,2 дня (в 6 случаях отмечен перевод в отделение терапевтического профиля, $p < 0,05$). После операции ТЭП в группе 20-40 лет длительность анальгезии (диклофенак/кеторолак) составила 12 часов ($p < 0,05$), в группе 40-60 лет – 22 часа ($p < 0,05$). После операции по Лихтенштейну в группе 20-40 лет анальгезия понадобилась на протяжении 60 часов (2,5 дней, разница с ТЭП 80%, $p < 0,05$), в группе 40-60 лет – на протяжении 69 часов (2,9 дней, разница с ТЭП 68%, $p < 0,05$).

Выводы.

1. Операция по Лихтенштейну является менее продолжительной по времени, чем операция ТЭП (на 29%, $p < 0,05$), что может иметь значение при лечении пациентов с сопутствующей патологией.

2. Оперированные по ТЭП методике пациенты нуждаются в меньшем койко-дне в стационаре, чем при операции по Лихтенштейну (на 33,3%, $p < 0,05$), что важно для профилактики распространения внутрибольничных инфекций и более экономично.

3. В послеоперационном периоде пациенты, оперированные по ТЭП методике, значительно меньше нуждались в анальгезии, чем пациенты после операции по Лихтенштейну (на 68%, $p < 0,05$), что также более экономично и способствует скорейшему выздоровлению.

Литература:

1. Егиев, В.Н. Герниопластика без натяжения в лечении паховых грыжах [Текст] / В.Н. Егиев, М.Н. Рудакова, М.В. Свитковский // Хирургия.- 2012.- №4.- С. 18-22.

2. Нестеренко, Ю.А. Ущемленная грыжа - пути улучшения результатов хирургического лечения [Текст] / Ю.А. Нестеренко, А.А. Гринберг, А.В. Приказчиков // Российский медицинский журнал.- 2000.- №4.- С. 17-21.

3. Amid, P.K. Retromusculare Alloplastik großer Narbengebiete: einfache Heftklammertechnik [Text] / P.K. Amid, I.L. Lichtenstein // Chirurg.- 2005.- Vol. 67.- P. 648-652.

4. Hernia of the abdominal wall [Text] / R. Stoppa [et al.] // Chevrel J-P. Hernias and Surgery of the Abdominal Wall / J-P. Chevrel.- 2-nd ed.- Berlin; Heidelberg: Springer-Verlag, 1998.- P.171-277.

5. Laparoscopic versus open inguinal hernia repair: randomized prospective trial [Text] / D.L. Stoker [et al.] // Lancet.- 1996.- Vol.343.- P.1243-1245.