

## ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

*Молодой Е.Г.<sup>1,2</sup>, Лызигов А.Н.<sup>2</sup>, Призенцов А.А.<sup>2</sup>, Дмитриенко А.А.<sup>1</sup>,  
Терешко А.В.<sup>1</sup>, Маканин А.Я.<sup>1</sup>, Воробьев С.А.<sup>1</sup>, Машиук А.Л.<sup>1</sup>,  
Никифоров И.В.<sup>1</sup>, Скуратов А.Г.<sup>2</sup>, Осипов Б.Б.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница №3»,

<sup>2</sup>Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Республика Беларусь

**Введение.** Паховая грыжа – это патологическое врожденное или приобретенное выпячивание брюшины в полость пахового канала, относится к наиболее часто встречаемым грыжам брюшной стенки и составляет 75-80% от всех грыж живота [Э.А. Галлямов, М.А. Агапов, и соавт., 2021].

Хирургическое лечение пациентов с паховыми грыжами и в настоящее время сохраняет время большое социально-экономическое и практическое значение. Традиционные натяжные методики оперативного лечения данной патологии по разным литературным данным имеют высокую частоту рецидивов – от 10 до 43% [С.В. Харитонов, С.С. Харитонов и соавт., 2021]. На современном этапе «золотым стандартом» в лечении паховых грыж стало эндопротезирование в различных модификациях. Пластика пахового канала по Лихтенштейну (LHR – Lichtenstein hernia repair), лапароскопическая трансабдоминальная предбрюшинная герниопластика (TAPP – transabdominal preperitoneal repair) и тотальная экстраперитонеальная герниопластика (TEP – total extraperitoneal repair) являются наиболее распространенными.

В условиях хирургического отделения №1 ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница №3» в лечении данной патологии применяются различные натяжные и ненатяжные методики, но наибольшее распространение получили герниопластика по Лихтенштейну и лапароскопическая TAPP-герниопластика.

В данном исследовании представлены результаты применения различных методик пластики пахового канала на протяжении последних пяти лет. Следует отметить, что значительную часть указанного временного промежутка отделение работало в качестве инфекционного госпиталя для оказания помощи пациентам с COVID-19.

**Цель исследования.** Цель исследования – оценить ближайшие результаты хирургического лечения паховых грыж.

**Материалы и методы.** Методом сплошной выборки изучены результаты хирургического лечения 918 пациентов с паховыми грыжами, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении №1 ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница №3» в период с 01 сентября 2019 по 31 августа 2023 г. Статистическая обработка выполнялась при помощи пакета прикладных программ Statistica 6.0. Данные представлены в виде среднего арифметического и стандартного отклонения (M±SD).

Показания к оперативному лечению формировались при первичном осмотре пациента, после тщательной визуальной оценки анатомических особенностей строения брюшной стенки в области паховых ямок, размеров грыжевых ворот, а также исходя из возрастных и конституциональных особенностей и наличия сопутствующей патологии. Послеоперационные рубцы передней брюшной стенки после ранее перенесенных операций противопоказанием для ТАРР-герниопластики не являлись.

**Результаты и обсуждение.** Всего за период исследования по поводу паховых грыж были прооперированы 918 пациентов, что составило 41,4% от всех плановых оперативных вмешательств отделения. Среди них были 40 женщин (4,4%) и 878 мужчин (95,6%).

Средний возраст пациентов составил  $54,8 \pm 3,7$  лет. Половина пациентов находились в трудоспособном возрасте – 464 пациента (50,5%).

Из 918 пролеченных пациентов прямая паховая грыжа диагностирована у 311 пациентов (33,9%), в 607 случаях выявлена косая паховая грыжа (66,1%). Пахово-мошоночная грыжа определялась у 40 (6,6%) пациентов.

В 365 случаях (39,8%) отмечена левосторонняя локализация грыжи, в 464 случаях (50,5%) – правосторонняя. Двусторонняя паховая грыжа отмечена у 89 пациентов (9,7%).

Свободная паховая грыжа была выявлена у 777 пациентов (84,6%), невправимая – в 78 случаях (8,5%). Рецидивные грыжи диагностированы у 63 (6,8%) пациентов, все рецидивы были однократные.

Сопутствующая патология выявлена у 655 пациентов (71,4%). Ведущее место занимали кардиоваскулярная патология (ИБС, артериальная гипертензия) – у 514 пациентов (77,3%), заболевания желудочно-кишечного тракта – у 61 (9,3%), хронические заболевания легких – у 44 (6,7%), сахарный диабет – у 60 пациентов (9,1%). Сопутствующие заболевания учитывали при выборе методики оперативного лечения и анестезии.

Оперативное вмешательство было выполнено в плановом порядке всем пациентам. Натяжные методики пластики пахового канала были выполнены в 31 случае (3,4%). В 887 случаях (96,6%) были применены ненатяжные виды герниопластики.

Традиционная герниопластика по Лихтенштейну с шовной фиксацией сетчатого нерассасывающегося полипропиленового эндопротеза «MonoMesh» выполнена у 417 (47,1%) пациентов. В 27 случаях (6,5%) применена местная анестезия, в 317 – спинномозговая анестезия (94,5%). Лапароскопическая ТАРР-герниопластика проведена 470 пациентам (52,9%). Всем этим пациентам вмешательство выполнялось под эндотрахеальным наркозом.

При выполнении эндопротезирования LHR продолжительность оперативного вмешательства составила  $53,6 \pm 1,7$  мин, при использовании лапароскопической ТАРР-герниопластики –  $63,6 \pm 2,5$  мин. Различия были статистически достоверными ( $p < 0,05$ ). Двусторонняя ТАРР-герниопластика в среднем длилась  $100 \pm 3,1$  мин.

Пациенты после герниопластики по Лихтенштейну в 1,7 раз чаще нуждались в использовании анальгетических лекарственных препаратов, чем пациенты после лапароскопической ТАРР-герниопластики. Среднее продолжительность потребности пациентов в анальгетиках после аллопластики по Лихтенштейну составило  $2,8 \pm 1,5$  койко-дня, а после лапароскопической ТАРР-герниопластики  $4,7 \pm 2,4$  койко-дня. Различия были статистически достоверны ( $p < 0,05$ ). Наркотические анальгетики не применялись.

Послеоперационные осложнения после пластики по Лихтенштейну развились у 29 пациентов (6,9%). В 21 случае это были гематомы послеоперационной раны и мошонки (в 10 случаях разрешились самостоятельно, в 11 – потребовались пункции). В 5 случаях отмечены явления орхита, купированы консервативно. В 3 случаях развилась острая задержка мочи, у одного пациента была наложена эпицистостома.

Послеоперационные осложнения после ТАРР - герниопластики развились в 16 случаях (3,4%). В 15 случаях это были гематомы мошонки и оболочек семенного канатика (пункции потребовались у 8 пациентов). Небольшие гематомы регрессировали самостоятельно. В 1 случае был диагностирован двусторонний орхит, явления купированы консервативно.

В одном случае на вторые сутки у пациента с больших размеров прямой грыжей после внезапной физической нагрузки возникла дислокация сетчатого эндопротеза, что потребовало проведения повторной операции. Выполнена герниопластика по Лихтенштейну.

Статистически частота послеоперационных осложнений после лапароскопической ТАРР-герниопластики была достоверно меньше, чем после аллопластики по Лихтенштейну ( $p < 0,05$ )

Среднее пребывание пациентов после аллопластики по Лихтенштейну в отделении после операции составило  $7,8 \pm 1,1$  койко-дня, а после лапароскопической ТАРР-герниопластики  $6,7 \pm 2,3$  койко-дня. Различия были статистически достоверны ( $p < 0,01$ ). Пациенты после осложнений выписаны с выздоровлением на  $11,8 \pm 2,8$  сут ( $p < 0,05$ ), летальных исходов не было.

**Выводы.** Проблема лечения паховых грыж остается актуальной и в настоящее время. На паховую герниопластику приходится 41,4% всех плановых операций, выполняемых в отделении.

Несмотря на большую продолжительность операции, необходимость проведения эндотрахеального наркоза, при лапароскопической ТАРР-герниопластике наблюдается меньшая частота ранних послеоперационных осложнений, меньшая потребность в раннем периоде в анальгетиках и более короткий период пребывания в стационаре.

Ближайшие результаты лечения соответствуют литературным данным.