

А.М. Пожарицкий, А.П. Головацкий

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА ГЕРНИОПЛАСТИКИ**

*Научные руководители: канд. мед. наук, доц. А.В. Буравский,
канд. мед. наук, доц. А.А. Безводицкая*

*2-я кафедра хирургических болезней, кафедра общей хирургии
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

A. M. Pozharytski, A. P. Golovatski

**RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH INGUINAL HERNIAS
DEPENDING ON THE METHOD OF HERNIOPLASTY**

*Tutors: PhD, associate professor A.V. Buravsky,
PhD, associate professor A.A. Bezvoditskaya*

*2nd Department of Surgical Diseases, department of General Surgery
Belarusian State Medical University, Minsk*

Резюме. Проведенное сравнение двух методов лечения паховых грыж – тотальной экстрAPERITONEальной пластики и операции Лихтенштейна показало значительное превосходство первого метода по таким параметрам, как скорость восстановления трудоспособности и количество послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: герниопластика, ТЭП, операция по Лихтенштейну.

Resume. The comparison of two methods of treatment of inguinal hernias-total extraperitoneal plastic surgery and Lichtenstein surgery showed a significant superiority of the first method in terms of such parameters as the rate of recovery and the number of postoperative complications.

Keywords: hernioplasty, TEP, Lichtenstein surgery.

Актуальность. Паховая грыжа - одна из самых распространенных хирургических патологий, поражающая примерно 5-10% населения. До сих пор большой процент (10-21%) из числа операций, выполняемых в отделениях общей хирургии, приходится именно на герниопластики, а пластика паховой грыжи является вторым самым частым видом операции во всем мире, уступая лишь аппендэктомии. Данная патология поражает до 60% трудоспособного мужского населения и имеет высокий процент рецидивов после операции [1].

Соотношение паховых грыж у мужчин и женщин составляет 9:1 соответственно [2], что обусловлено особенностями анатомического строения пахового канала. У мужчин он более короткий и широкий, а входное и выходное отверстия расположены ближе друг к другу. Также мужчины больше занимаются тяжелым физическим трудом, что способствует появлению грыжи.

Существует множество методов лечения паховых грыж. Предложенная Лихтенштейном (1986 г.) операция является эталонным методом открытого вмешательства. Но, с развитием малоинвазивных способов лечения, все чаще применяется лапароскопическая пластика грыж, а конкретно метод тотальной экстрAPERITONEальной пластики (ТЭП).

Цель: провести сравнение непосредственных (ранних) и отдаленных результатов двух методов оперативного лечения паховых грыж – ТЭП и операции по

Лихтенштейну.

Задачи:

1. Определить возможности и достоинства обоих методов при лечении паховых грыж.
2. Уточнить показания к применению пластики по Лихтенштейну и ТЭП.
3. Сравнить непосредственные и отдаленные результаты двух предложенных методов, в том числе скорость восстановления трудоспособности.

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 с ТЭП. Все пациенты мужского пола в возрасте от 19 до 60 лет оперированы по поводу паховой грыжи.

ТЭП выполнялась пациентам с односторонними паховыми грыжами. В первую очередь, таким образом лечили молодых мужчин (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).

Непосредственные результаты операций исследованы на основании анализа медицинских карт стационарного пациента, а отдаленные – (через 2 года) – по данным телефонного анкетирования, в котором приняли участие 82 (29 с ТЭП и 53 с операцией по Лихтенштейну) человека. С остальными 24 пациентами связаться по телефону не удалось. Все исследования выполнены с соблюдением правил биомедицинской этики (сохранение врачебной тайны и конфиденциальность информации).

Статистическая обработка полученных результатов выполнена с использованием непараметрического метода Хи-квадрат Пирсона. Во внимание принимались результаты при $p < 0,05$.

В ходе анализа медицинских карт были определены следующие параметры сравнения двух методов: продолжительность операции, количество койко-дней, проведенных в учреждении здравоохранения после вмешательства, потребность в анальгезии в послеоперационный период, образование гематомы, инфильтрации в послеоперационный период, применение антибактериальной терапии после операции, скорость восстановления работоспособности, наличие/отсутствие синдрома хронической боли в период восстановления, наличие/отсутствие рецидива грыжи после операции.

Результаты и их обсуждение. При анализе медицинских карт отмечено следующее возрастное распределение. ТЭП чаще выполнялась мужчинам возрастной группы 20-40 лет (79% против 21%), а операция по Лихтенштейну чаще в группе 40-60 лет (77% против 23%) при $p < 0,05$, что связано с лучшей переносимостью общей анестезии в группе молодых людей, которая необходима при выполнении операции ТЭП. Средняя продолжительность операции ТЭП в группе 20-40 лет составила 52,6 минут ($p < 0,05$), в группе 40-60 лет – 59,5 минут ($p < 0,05$). Средняя длительность операции по Лихтенштейну в группе 20-40 лет составила 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 проведенной 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, $p < 0,05$). Для группы оперированных по ТЭП методу с сопутствующей патологией получились значения низкой достоверности ($p > 0,1$).

После выполнения 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 проведения 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%, $p < 0,05$). Более того, среди 6 пациентов, оперированных по методу Лихтенштейна, имелась потребность в Промедоле в послеоперационный период. Наркотические анальгетики применялись, в среднем, на протяжении 16 часов ($p < 0,05$).

После выполнения операции ТЭП появились осложнения: гематома мошонки у 6 человек (14,3%, $p < 0,05$) и развитие инфильтрации краев послеоперационной раны у 2 человек (4,8%, $p < 0,05$). После проведенной операции по Лихтенштейну появились осложнения: гематома мошонки у 13 пациентов (26,5%, $p < 0,05$), четверем из них понадобился промедол в послеоперационный период. Также развилась инфильтрация краев послеоперационной раны у 5 пациентов (7,8%, $p < 0,05$). Разница по общему количеству послеоперационных осложнений (8 из 42 при операции ТЭП и 18 из 64 при операции по Лихтенштейну) составила 32% ($p < 0,05$).

После проведения операции ТЭП антибактериальная терапия понадобилась 6 пациентам (14,3%, $p > 0,1$) из обеих возрастных групп. Ее длительность составила 3,4 дня ($p < 0,05$). После операции по Лихтенштейну в антибактериальной терапии нуждались 19 пациентов (29,7%, $p > 0,1$) на протяжении 6,2 дней ($p < 0,05$). Разница по количеству пациентов между двумя методами 58% при низкой статистической значимости параметров ($p > 0,1$), разница по длительности терапии – 45% ($p < 0,05$).

После анализа медицинских карт был проведен телефонный опрос пациентов, в ходе которого были заданы следующие вопросы:

- 1) Как долго вы лечились в поликлинике после выписки из больницы?
- 2) Как долго болела рана? Приходилось ли пить анальгезирующие препараты?
- 3) Появлялась ли грыжа снова (опрос проведен по прошествии двух лет после операции по поводу грыжи)?

Результаты опроса: быстрота восстановления трудоспособности у трудящихся мужчин определена по длительности больничного листа, а у неработающих – по длительности пребывания на амбулаторном лечении в поликлинике по месту жительства. Различия между двумя методами в группе 20-40 лет 43,7% ($p < 0,05$), в группе 40-60 лет 38,3% ($p < 0,05$). В группе оперированных по ТЭП методике синдрома хронической боли в период восстановления работоспособности у

опрошенных не выявлено. В группе оперированных по Лихтенштейну в период восстановления работоспособности синдром хронической боли был отмечен у 18 пациентов, который продолжался, в среднем, 16,8 дней ($p > 0,1$). Также, в ходе телефонного опроса, таким пациентам было предложено оценить интенсивность боли по 10-ти балльной шкале – усредненный показатель 4,3 балла ($p > 0,1$), 7 из опрошенных принимали обезболивающие. У 17 человек из группы появилось ощущение инородного объекта под кожей. У 6 пациентов возникала боль в области шва при физических нагрузках в течение 6-12 мес. после операции, а у других 6 пациентов в течение полугода после вмешательства периодически появлялись боли в паховой области. Ни в одной из опрошенных групп рецидива грыжи не выявлено ($p < 0,05$).

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. После операции ТЭП нахождение пациента в стационаре короче, чем при операции по Лихтенштейну (на 33,3%, $p < 0,05$), что важно для профилактики распространения внутрибольничных инфекций и более экономично.

2. В послеоперационный период 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.

3. Ранние осложнения после герниопластики, такие как гематома мошонки и инфильтрация краев послеоперационной раны, чаще наблюдались у пациентов, оперированных по методу Лихтенштейна, чем у пациентов, оперированных методом ТЭП (на 32%, $p < 0,05$), что значительно увеличивает время восстановления трудоспособности.

4. Скорость восстановления трудоспособности выше после метода ТЭП (на 43,7%, $p < 0,05$). Болевой синдром в отдаленном послеоперационном периоде, чаще наблюдался у пациентов, оперированных по методу Лихтенштейна, чем у пациентов, оперированных по методу ТЭП (на 34%, $p < 0,05$), что оказывает существенное влияние на качество жизни пациента.

Литература

1. Современное состояние вопроса о методах хирургического лечения грыж передней брюшной стенки / Ю.С. Винник, С.И. Петрушко, Ю.А. Назарьянц и др. // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 1. – с. 32-34.

2. Послеоперационные осложнения приобретенных вправимых первичных паховых грыж / Н. Е. Николаев, С. А. Алексеев, Н. Я. Бовтюк и др. // В помощь практикующему врачу. – 2017. – № 2. – с. 157-160.