

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ МЕТОДОМ ЛИХТЕНШТЕЙНА

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Семенчук И.Д.

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Аннотация. В статье приведена оценка эффективности результатов хирургического лечения паховых грыж путем анализа осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде. Проанализированы 163 клинических случая пациентов, обратившихся в УЗ 6 ГКБ г. Минска в 2021-2022 годах. Результаты в ближайшем послеоперационном периоде оценивались по данным выписных эпикризов пациентов, отдаленные результаты получены путем телефонного опроса. Исследование показало, что герниопластика по Лихтенштейну является "золотым стандартом", обеспечивая низкий уровень осложнений в ближайшем послеоперационном периоде, и низкую частоту рецидивов в отдаленном послеоперационном периоде (2%). Метод Лихтенштейна показал значительное снижение болевого синдрома после операции при средней продолжительности боли в 7 дней.

Ключевые слова: паховая грыжа, пластика пахового канала по Лихтенштейну, герниопластика, осложнения, послеоперационная боль.

Введение. Паховая грыжа – одно из самых распространенных заболеваний в мире. Ежегодно выполняется более 20 миллионов паховых герниопластик [1]. По рекомендациям Европейского общества герниологов (EHS), операция Лихтенштейна, с применением сетчатого имплантата является «золотым стандартом» в лечении паховой грыжи открытым методом. Оценка нарушения кожной чувствительности, равно как и степень выраженности хронической боли, как последствие паховой герниопластики проводится редко. При этом частота их возникновения может быть значительно выше, чем предполагается [2]. Процент рецидивов после герниопластики по Лихтенштейну колеблется в пределах от 1,2 до 9% [3]. Другой проблемой является развитие хронического болевого синдрома, который, по данным ряда исследователей, составляет до 20% [4].

Цель исследования. Провести анализ результатов хирургического лечения паховых грыж методом Лихтенштейна в ближайшем и отдалённом послеоперационном периоде.

Материал и методы. Целевой группой данного исследования являлись пациенты УЗ 6 ГКБ г. Минска, поступившие для планового оперативного лечения паховых грыж в 2021-2022 годах, оперативным методом лечения которых была выбрана герниопластика по Лихтенштейну. Количественный состав – 163 пациента, из которых мужчины – 151 человек (92,6%), женщины – 12 (7,4%). Для оценки уровня боли использовалась числовая рейтинговая шкала. Все расчёты проводились в программе Statistika 10.

Результаты исследования. Средний возраст пациентов от 32 до 90 лет составил $64,6 \pm 12$ (Me – 66 лет). Средний возраст мужчин $64,4 \pm 12$ (Me – 66 лет), женщин $67 \pm 12,2$ (Me – 70 лет). Косые паховые грыжи имели 103 пациента (63,2%), из них 2 – рецидивные (2,1%). Липома семенного канатика – 1 пациент (0,6%), прямые паховые грыжи – 59 (36,2%), из них 3 рецидивные (5%). Вышеназванным пациентам была выполнена пластика по Лихтенштейну.

Согласно данным выписных эпикризов, осложнения в ближайшем послеоперационном периоде наблюдались у 3 пациентов: у одного – орхоэпидидимит правого яичка (1%), у двух пациентов с сахарным диабетом в анамнезе – серома послеоперационной раны (2%).

Для изучения отдаленных результатов оперативного вмешательства был избран метод сплошного телефонного опроса 163 пациентов, из которых приняли участие 101 человек (62%), 45 человека не ответили на звонок (28%), 11 отказались отвечать на вопросы (7%), у 6 некорректный номер (3%).

Согласно данным опроса 101 человека, выявлены следующие осложнения:

1. Рецидив заболевания – 2 человека (2%);
2. Контралатеральная грыжа – 6 человек (6%);
3. Нарушение чувствительности в области операции – 2 человека (2%);
4. Ощущение наличия инородного предмета – 2 человека (2%);
5. Водянка оболочек яичка – 1 человек (1%).

Итого, осложнения выявлены у 13 человек из 112, что составляет 12%. Осложнения встречаются только у лиц мужского пола.

В телефонном опросе с целью определения болевого синдрома использовалась 10-ти бальная шкала. Пациентам предлагалось оценить:

1. Интенсивность боли до операции (табл. 1);
2. Интенсивность боли в настоящее время (табл. 2);
3. Продолжительность болевого синдрома в днях (табл. 3).

Таблица 1. Оценка болевого синдрома до операции

10-ти бальная шкала	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Кол-во человек	39	6	6	3	10	17	5	4	5	2	4

Таблица 2. Оценка болевого синдрома в настоящее время

10-ти бальная шкала	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Кол-во человек	89	5	2	2	0	3	0	0	0	0	0

Таблица 3. Продолжительность болевого синдрома в днях

Дни	0	1	2	3	4	5	6	7	14	21	30	60	90	180	730
Кол-во человек	11	4	8	10	6	8	1	23	10	3	7	4	3	2	1

Усредненный показатель до операции – 3 балла (Me – 2), в настоящее время – 0,2 балла (Me – 0). Медиана продолжительности болевого синдрома составила 7 дней.

Большинство пациентов, отметивших отсутствие боли, обратились за хирургическим лечением в связи с наличием косметического дефекта.

Из 89 пациентов, которые отметили отсутствие болевого синдрома в настоящее время на постоянной основе, 3 человека отметили наличие боли при физической нагрузке на 2 балла, 2 человека на 3 балла, 3 человека на 4 балла и 1 человек на 8 баллов. Также 1 человек отметил отсутствие боли, но наличие дискомфорта и 1 человек – покалывание в области операции.

Можно отметить, что 70% опрошенных чувствовали боль после операции в течение первой недели, которая затем прошла.

Заключение. Проведенное исследование показало высокую эффективность герниопластики по Лихтенштейну, которая выразилась в непродолжительном периоде болевого синдрома (7 дней), снижении интенсивности боли после операции (0,2 балла), при этом у 70% опрошенных боль прошла в течение первой недели. Рецидив составил 2%. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде встречались лишь у пациентов с сопутствующей патологией (3%). На результаты в отдаленном послеоперационном периоде влияет не только качество проведенной операции, но и иные факторы (сопутствующие заболевания, образ жизни, профессиональные факторы).

Список литературы:

1. Köckerling, F. Current Concepts of Inguinal Hernia Repair / F. Köckerling, M.P. Simons // *Visc Med.* – 2018. – Vol. 34, № 2. – P. 145–150.
2. Навид, М. Н. Непосредственные и отдаленные результаты герниопластик по лихтенштейну передним доступом с применением самофиксирующегося и стандартного полипропиленового имплантатов / М.Н. Навид, А. В. Протасов, Р. Б. Рамазанов // *ТМБВ.* – 2022. – №2. – С. 67–71.
3. Полинский, А. А. Качество жизни и отдаленные результаты хирургического лечения пациентов рецидивными паховыми грыжами / А. А. Полинский, А. В. Козловская, А. С. Кречко // *Журнал ГрГМУ.* – 2015. – Т. 4, № 52. – С. 30–32.
4. Новые способы профилактики осложнений после операции Лихтенштейна / В.Г. Черных, П.Е. Крайнюков, А.В. Симоненко [и др.] // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.* – 2022. – № 9. – С. 27–34.

Лапоухова К.М.

ТУБЕРКУЛЁЗ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Научные руководители: Левяноква А.Л. (ст. преподаватель), к.м.н., доцент Серегина В.А., к.м.н., доцент Правада Н.С.

Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, г. Витебск

Аннотация. Целью работы явилось изучение особенности выявления, диагностики и дифференциальной диагностики туберкулёза периферических лимфатических узлов.

На основании данных анамнеза, объективного обследования, исследований периферической крови, мокроты, биопсийного материала, а также отделяемого из пораженного лимфатического узла установлена специфическая этиология заболевания. Диагноз подтвержден обнаружением микобактерий туберкулеза молекулярно-генетическим методом GeneXpert, посевом на плотную питательную среду.

Ключевые слова: туберкулез периферических лимфоузлов, поражение шейных лимфоузлов, абсцесс лимфатического узла.

Введение. Туберкулез периферических лимфатических узлов (ТПЛУ) – опухолеподобное изолированное или генерализованное поражение различных групп лимфатических узлов с развитием в них специфического воспалительного процесса [1].

ТПЛУ возникает на фоне измененной реактивности и сниженного иммунобиологического состояния организма; распространяется преимущественно эндогенно (гематогенным или лимфогенным путем) из других очагов туберкулезной инфекции (легкие, лимфатические узлы и др.); может сочетаться с другими локализациями туберкулезного процесса [2].

Чаще всего поражаются лимфатические узлы шеи (65%), реже – подчелюстные, подмышечные, еще реже – паховые, надключичные и кубитальные.

Пораженные туберкулезом лимфатические узлы чаще всего упругие, безболезненные и подвижные. При прогрессировании процесса в лимфатических узлах развивается казеозный некроз. Узлы срастаются с кожей и начинают флюктуировать. Кожа над пораженным лимфатическим узлом истончается и вскоре может образоваться свищ, который продолжительное время не заживает и из него в течение длительного времени выделяются казеозные массы.

Диагностика ТПЛУ в практике хирурга имеет огромное значение. Помимо объективного обследования, пальпации и инструментальных методов исследования (ультразвуковое исследование (УЗИ), рентген органов грудной клетки, включая шейный отдел), необходимо проводить обязательную биопсию лимфоузла для гистологического, цитологического и бактериологического исследований, с поиском микобактерий в полученном материале [3].

Цель исследования. Изучить особенности выявления, диагностики и дифференциальной диагностики туберкулёза периферических лимфатических узлов.

Материал и методы. Ретроспективный анализ медицинской карты амбулаторного пациента.

Результаты исследования. Пациентка 2002 года рождения, гражданка Индии в ноябре 2024 года стала отмечать увеличение лимфатических узлов в области шеи справа. Вскоре появились боли в области поражения давящего характера. С течением времени боль усилилась. Самостоятельно лечилась около 20 дней амбулаторно без эффекта. Пациентка на платной основе дважды консультирована оториноларингологом и челюстно-лицевым хирургом УЗ «Витебская областная клиническая больница» (ВОКБ), которые исключили патологию челюстно-лицевую и ЛОР – органов. Рекомендована консультация хирурга в УЗ

«Витебская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» (ВГКБСМП). 10.04.2025 пациентка была госпитализирована в УЗ ВГКБСМП в гнойное хирургическое отделение. По данным УЗИ мягких тканей шеи справа от 11.04.2025 определяется конгломерат лимфоузлов, наибольший по размеру 26x14мм. Возле околоушной области определяются лимфоузлы без четкой архитектоники, вероятно абсцедирование. Выраженный отек мягких тканей шеи справа. В общем анализе крови (ОАК) от 18.04.25 определялось ускоренное СОЭ-55мм/ч. Патологии со стороны других показателей ОАК не выявили. ИФА сифилис и кровь на ВИЧ от 15.04.25 – результат отрицательный.

11.04.25 пациентке было выполнено оперативное вмешательство: вскрытие абсцесса шеи справа, произведен забор материала на исследования. Бактериальное исследование материала – микрофлора не выявлена. Цитологическое исследование: элементы крови, лимфоидные элементы, выраженное воспаление, фибрин, детрит. Выставлен диагноз: Абсцедирующий лимфаденит шеи справа. Лимфома шеи справа? Лимфогранулематоз?

От проведения биопсии с гистологическим исследованием пациентка отказалась, по причине дорогостоящей диагностики. Назначена антибиотикотерапия, ежедневная санация.

В связи с тем, что рана не заживала, отделялось серозное содержимое и сохранялся плотный инфильтрат, 22.04.2025 пациентка направлена на консультацию к онкологу в УЗ «Витебский областной клинический онкологический диспансер» (ВОКОД) для уточнения диагноза.

30.04.2025 врачом онкологом-хирургом был выставлен диагноз: Suspicio лимфогранулематоз с поражением шейных лимфоузлов справа.

30.04.2025 выполнена биопсия шейного лимфатического узла справа.

Заключение гистологического исследования от 06.05.2025: фрагменты мышечной ткани с гнойным воспалением, образованием грануляционной ткани, с фокусами некрозов и формированием гранул с гигантскими многоядерными клетками типа Пирогова-Лангханса, инородных тел. Данных за лимфопролиферативное заболевание нет.

При повторной консультации онколога выставлен диагноз: Саркоидоз с поражением шейных лимфоузлов справа. ТПЛУ?

Пациентка направлена на консультацию к фтизиатру в УЗ «Витебский областной клинический центр фтизиатрии и пульмонологии».

07.05.25 в УЗ «ВОКЦПиФ» пациентке были выполнены кожные пробы Манту и Диаскин-тест. Обе пробы гиперергические (Диаскин-тест – 18мм, проба Манту – 17мм, с везикуляцией).

Рентгенограммы органов грудной клетки от 07.05.25: легочные поля без видимых очаговых и инфильтративных теней, корни структурны, синусы свободны, сердечные сегменты не увеличены. ОАК от 07.05.25: гемоглобин – 110 г/л; эритроциты – $4,30 \times 10^{12}/л$; лейкоциты - $5,98 \times 10^9/л$; палочкоядерные нейтрофилы -10, сегментоядерные – 40, лимфоциты – 33, моноциты – 14, эозинофилы – 3; СОЭ – 55мм/ч. Был произведен забор материала из послеоперационной раны в области пораженного лимфатического узла. В отделяемом обнаружена ДНК микобактерии туберкулеза (МБТ) методом GeneXpert с сохраненной чувствительностью к рифампицину. В блоке гистологического материала обнаружен trace (следы) ДНК МБТ с неопределенной чувствительностью. Методом GeneXpert в мокроте ДНК МБТ не обнаружена. В предварительном росте культуры из послеоперационной раны на плотной питательной среде получен умеренный рост колоний МБТ (20 колоний микобактерий).

Выставлен диагноз: Туберкулез шейных периферических лимфатических узлов справа, свищевая форма, МБТ+ (GeneXpert), IA группа диспансерного учета.

Назначено лечение по схеме лекарственно-чувствительного туберкулеза по месту жительства.

Заключение. При неэффективной антибактериальной терапии периферического лимфаденита, необходимо исключить туберкулезную этиологию. С этой целью выполнить пункционную биопсию или резекцию периферического лимфатического узла с исследованием

материала на МБТ методами бактериоскопии, посева на плотную и жидкую питательные среды, а также молекулярно-генетическим методом GeneXpert.

Соответственно своевременная диагностика туберкулеза периферических лимфатических узлов на ранних этапах развития значительно снижает вероятность развития абсцесса в месте поражения и дает возможность избежать полной резекции лимфатического узла.

Список литературы:

1. Беллендир, Э.Н. Внелегочный туберкулез / Э.Н. Беллендир. – СПб.: Гиппократ. – 2000. – 374 с.
2. Tubercular cervical adenitis: clinicopathologic analysis of 180 cases / A. K. Agarwal, A. Sethi, D. Sethi [et al.] // J. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2009. – Vol. 38, № 5. – P. 521–525.
3. Макарова, У. Е. Иммуногистохимический метод в диагностике туберкулезного лимфаденита / У. Е. Макарова, К. С. Лоскутова, М. П. Кириллина // Якутский медицинский журнал. – 2012. – Т. 1, № 37. – С. 53–54.