

*Волковыцкий А.А., Георгиевский Д.С.*

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ОТКРЫТОЙ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ**

*Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Карман А.Д.*

*Кафедра хирургии и трансплантологии с курсом повышения квалификации и переподготовки  
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Паховые грыжи занимают ведущее место в структуре плановых хирургических вмешательств (до 15–20% и более). В публикациях стран СНГ также подчеркивается преимущество выполнения лапароскопических герниопластик в отношении степени развития болевого синдрома в послеоперационном периоде. Однако, кроме способа операции, большинство исследований не учитывают возрастной фактор, который может влиять на восприятие боли и скорость реабилитации.

**Цель:** оценить интенсивность болевого синдрома в области послеоперационных ран по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) после герниопластики по Лихтенштейну, Шолдайсу и лапароскопических операций, учитывая возраст пациентов, и сравнить результаты с литературными данными.

**Материалы и методы.** Проведено проспективное исследование на базе 3-го хирургического отделения УЗ «10-й ГКБ» г. Минска. Проанализированы истории болезней за 2024 год 30 мужчин с неосложнёнными паховыми грыжами, которым выполнялась плановая герниопластика. Пациенты разделены на три группы по 10 человек, у которых произведена: операция Лихтенштейна, Шолдайса и лапароскопическая герниопластика (ТАРП). В каждой группе выделены возрастные подгруппы: 18-35, 35-50, 50-65 и старше 65 лет. Выраженность болевого синдрома оценивали по ВАШ (0-10 баллов) на 1-е сутки, через 1, 3 и 12 месяцев. Проведён аналитический обзор публикаций в PubMed, Cochrane Library, [eLibrary.ru](http://eLibrary.ru).

**Результаты и их обсуждение.** На 1-е сутки средний уровень болевого синдрома в области послеоперационных ран составил: после ТАРП — 2,8 балла, после операции Лихтенштейна — 4,5 балла (что было выше на 61% по сравнению с ТАРП), после операции Шолдайса — 5,2 балла (выше на 86% по сравнению с лапароскопической герниопластикой). Через 1 месяц болевой синдром сохранялся у 10% пациентов после ТАРП, у 30% после операции Лихтенштейна (чаще в 3 раза) и у 40% после операции Шолдайса (чаще в 4 раза). Через 3 месяца, умеренный болевой синдром (2-3 балла) отмечалась у 10% (ТАРП), 20% (операция Лихтенштейн) и 30% (операция Шолдайса). Через 1 год хронический болевой синдром ( $\geq 3$  баллов) не зафиксирован у пациентов после лапароскопической герниопластики, отмечался у 10% (операция Лихтенштейн) и 20% операция (Шолдайса). У пациентов старше 65 лет острый болевой синдром был на 27% ниже по сравнению с группой 35-50 лет (3,9 балла против 5,3 балла), хотя хронический болевой синдром через 1 год встречался чаще (у 20% против 7%, то есть в 2,8 раза чаще). Результаты согласуются с данными Cochrane Database и Danish Hernia Database.

### **Выводы:**

1. Лапароскопическая герниопластика обеспечивает наименьшую интенсивность болевого синдрома в послеоперационных ранах на всех сроках наблюдения.
2. Пластика по Шолдайсу даёт наиболее высокие показатели наличия боли в раннем (86%) и отдалённом (30%) послеоперационных периодах.
3. Пациенты старше 65 лет имеют более низкий острый болевой синдром (на 27%), но более высокую выраженность хронического болевого синдрома через 1 год (20% против 7%, что в 2,8 раза чаще).
4. Полученные данные соответствуют результатам крупных зарубежных исследований.