

Выводы. Лапароскопические методики лечения синдрома паховых колец являются достаточно эффективными. При этом происходит ранняя реабилитация пациентов, особенно профессионально занимающихся спортом.

РЕЗУЛЬТАТЫ НЕНАТЯЖНЫХ ГЕРНИОПЛАСТИК ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Жариков О. Г., Качанов О. В.

УЗ «Гомельская областная клиническая больница»,
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение. В плановой хирургии паховых грыж прочное место заняли ненатяжные методы герниопластики, выполняемые как эндоскопически, так и открытым путём.

Цель: провести сравнительный анализ результатов герниопластики по Лихтенштейну и лапароскопической герниопластики при паховых грыжах.

Материалы и методы исследования. Работа основана на анализе результатов лечения 514 пациентов 2-го хирургического отделения УЗ «Гомельская областная клиническая больница» с 2015 г. по 1-й квартал 2018 г., которым были выполнены ненатяжные герниопластики. *Критерии исключения:* большие размеры грыж, пахово-мошоночные грыжи, женский пол.

Результаты и обсуждение. В 2015 г. было выполнено 135 ненатяжных герниопластик: из них лапароскопическим методом – 4 (2,96%), по Лихтенштейну 131 (97,04%). Небольшое количество лапароскопических герниопластик в 2015 г. связано с периодом освоения методики. В 2016 г. выполнены 163 операции: из них лапароскопическим методом – 54 (33,13%), по Лихтенштейну – 109 (66,87%). В 2017 г. выполнено 168 операций: из них лапароскопическим методом – 48 (28,57%), по Лихтенштейну – 120 (71,43%). В первом квартале 2018 г. выполнено 48 ненатяжных герниопластик: из них лапароскопическим методом – 28 (58,33%), по Лихтенштейну – 20 (41,67%).

При выполнении лапароскопической герниопластики в 7 случаях (5,22%) интраоперационно была выявлена и выполнена пластика двусторонней паховой грыжи.

В данной работе оценивались как непосредственные, так и отдаленные результаты паховых герниопластик, продолжительность операции и способ анестезии.

В I группе сравнения (операция Лихтенштейна, n=380) интраоперационных осложнений не зафиксировано. В послеоперационном периоде было зафиксировано 18 осложнений (4,74%): формирование сером, гематом, инфильтрата в области послеоперационной раны.

Во II группе сравнения (лапароскопическая герниопластика, n=134) было зафиксировано 2 случая (1,5% от числа операций) развития интраоперационных осложнений – кровотечение из сосудов предбрюшинной клетчатки при формировании кармана для размещения имплантата. Все случаи кровотечения остановлены электрокоагуляцией, без конверсии доступа. В послеоперационном периоде зафиксировано 9 осложнений (6,72%): серома, гематома, инфильтрат параумбиликальной и паховых областей.

После выполнения лапароскопических герниопластик пациенты смогли встать с постели, обслуживать себя уже в среднем через $6,21 \pm 2,07$ ч. После операции Лихтенштейна пациенты смогли встать с постели, обслуживать себя в среднем через $22,21 \pm 2,11$ ч, что связано с особенностями спинальной анестезии (риск развития постинъекционной головной боли при ранней вертикализации).

Сроки стационарного лечения после лапароскопической герниопластики колебались от 4 до 8 суток, в среднем $4,31 \pm 0,27$ суток; при герниопластике по Лихтенштейну – от 5 до 9 суток, средний койко-день составил $7,12 \pm 1,73$ суток.

Средняя продолжительность лапароскопической герниопластики составила 66,8 мин. (от 37 до 83). Средняя продолжительность операции по Лихтенштейну составила 62,1 мин. (от 35 до 92).

Под эндотрахеальным наркозом было выполнено 37 герниопластик по Лихтенштейну (9,73% от количества операций

по Лихтенштейну) и 132 лапароскопические герниопластики (98,51% от количества лапароскопических герниопластик). Под спинальной анестезией выполнено 343 операции по Лихтенштейну (90,27%) и 2 лапароскопические герниопластики (1,49% от количества лапароскопических герниопластик).

Данные о степени выраженности болевого синдрома по результатам субъективной оценки его интенсивности пациентами свидетельствуют том, что степень выраженности болевого синдрома в послеоперационном периоде после лапароскопической герниопластики в среднем ниже в 1,75 раза.

Выводы:

1. Статистически значимой разницы частоты осложнений при лапароскопической герниопластике и операции Лихтенштейна не обнаружено.

2. Подавляющее большинство операций Лихтенштейна выполнено под спинальной анестезией, лапароскопические герниопластики в подавляющем количестве выполнены по эндотрахеальным наркозом. Данный факт следует рассматривать с экономических позиций, так как стоимость эндотрахеального наркоза выше стоимости спинальной анестезии. Однако после спинальной анестезии длительность постельного режима для пациента в 3,58 раза выше.

3. Статистически достоверной разницы в продолжительности операции Лихтенштейна и лапароскопической герниопластики не выявлено.

4. Применение лапароскопической герниопластики позволяет достигнуть сокращения длительности пребывания в стационаре в 1,65 раза, снизить выраженность болевого синдрома в послеоперационном периоде и, соответственно, обеспечить более быструю реабилитацию пациентов.

5. Лапароскопическая герниопластика имеет преимущество при интраоперационной диагностике и лечении двусторонних паховых грыж.