

ПАХОВЫЕ ГРЫЖИ IIIБ ТИПА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА: РОЛЬ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ МОРФОМЕТРИИ В ВЫБОРЕ МЕТОДА ГЕРНИОПЛАСТИКИ

¹Жук С. А., ²Смотрин С. М.

¹Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно,
Республика Беларусь

²Гродненский государственный медицинский университет, Республика Беларусь

Актуальность. Неослабевающий интерес как среди отечественных [1], так и зарубежных хирургов [4] по-прежнему сохраняется к лечению паховых грыж. Наиболее сложной остается проблема оперативного лечения паховых грыж среди пациентов пожилого возраста, которые составляют 50-65% среди всех пациентов с паховыми грыжами. Это связано с тем, что дистрофические процессы в тканях передней брюшной стенки и сопутствующие заболевания у пациентов пожилого возраста существенно повышают не только вероятность развития паховой грыжи, но и возникновения рецидива заболевания после хирургического лечения [3]. Удельный вес пациентов с паховыми грыжами IIIб типа в структуре заболеваемости грыжами находится в пределах 8,1% – 10,9% [2].

Общепризнанная концепция лечения паховых грыж у пациентов пожилого возраста предусматривает применение, как натяжных, так и атензионных методов герниопластики [1,2,3]. В Гродненской области при паховых грыжах IIIб типа в 62,5% случаев применяются натяжные методы герниопластики [2], что свидетельствует необходимости дальнейшего анализа, обсуждения и даже доработки протоколов лечения паховых грыж.

Цель. Провести и дать оценку основным параметрам пахового промежутка при IIIб типе грыж и оценить эффективность натяжной и атензионной герниопластики.

Материал и методы. Обследовано 19 пациентов пожилого возраста с IIIб типом паховых грыж. Интраоперационно измерялись: высота пахового промежутка (h-ПП), совокупная толщина внутренней косой и поперечной мышц живота, образующих верхнюю стенку пахового канала (СТМ) и диаметр глубокого пахового кольца (ДГПК). Оперативное вмешательство всем пациентам выполняли под спинномозговой анестезией. Вышеуказанные топографо-анатомические параметры пахового канала измеряли с помощью специально разработанных устройств (патент на полезную модель ВУ 11589 и патент на полезную модель ВУ 11590). Медицинскую и социальную эффективность открытых методов хирургического лечения паховых грыж проводили по методике расчетов эффективности медицинских технологий в здравоохранении с определением коэффициентов медицинской и социальной эффективности (инструкция по применению №159-1203 ВУ) у 18 пациентов [12]. Коэффициент медицинской эффективности определялся по формуле $K_m = (P_d - P_n) : B$, где K_m – коэффициент медицинской эффективности, P_d –

количество случаев полного достижения предполагаемого результата, R_n – количество случаев не достижения результата, B – количество пролеченных пациентов, а коэффициент социальной эффективности – $K_c = (Y_d - Y_n) : N$, где K_c – коэффициент социальной эффективности, Y_d – количество полученных ответов «удовлетворен полностью», Y_n – количество полученных ответов «не удовлетворен», N – количество опрошенных пациентов. Градации коэффициентов медицинской и социальной эффективности приведены в таблице 1.

Таблица 1. – Градации коэффициентов медицинской и социальной эффективности

Уровень оценки	Цифровые значения
Высокий	0,80-1,00
Выше среднего	0,60-0,79
Средний	0,40-0,59
Ниже среднего	0,20-0,39
Низкий	0-0,19
Крайне низкий	>0

В работе мы пользовались международной классификацией паховых грыж по L. Nyhus и возрастной классификацией ВОЗ, согласно которой пациенты пожилого возраста – это лица в возрасте от 60 до 74 лет. Статистический анализ выполнялся с помощью программ «STATISTICA 10» (SN AXAR207F394425FA-Q) и «RStudio 1.1.461».

Результаты. Данные интраоперационной морфометрии представлены в таблице 2.

Таблица 2. – Интраоперационная морфометрическая характеристика основных параметров пахового промежутка при IIIб типе грыж

Тип паховой грыжи	Параметры пахового канала (мм)					
	h – ПП		СТМ		ДГПК	
	Me Q ₁ ;Q ₂	M± m	Me Q ₁ ;Q ₂	M± m	Me Q ₁ ;Q ₂	M± m
IIIб (n=19)	38(35;40)	38,11±1,26	4(3;5)	4,24±0,29	18(18;20)	19±0,76

Установлено, что при IIIб типе грыж высота пахового промежутка может достигать 40 мм (Me 38(35;40)), а СТМ, образующих верхнюю стенку пахового только 4 мм (Me 4(3;5)). Естественно укрепить заднюю стенку пахового используя данный мышечный массив, без дополнительных приемов представляется достаточно проблематичным. Следует обратить внимание и на ДГПК при IIIб типе грыж (Me 18(18;20)). Результаты морфометрии дают основание рекомендовать хирургам формировать окно в сетчатом эндопротезе в соответствии с диаметром элементов семенного канатика.

Результаты медицинской и социальной эффективности приведены в таблице 3.

Таблица 3. – Медицинская и социальная эффективность открытых методов паховой герниопластики у пациентов пожилого возраста

Группы пациентов	К _м – коэффициент медицинской эффективности	К _с – коэффициент социальной эффективности
Натяжная герниопластика	0,90	0,66
Атензионная герниопластика	1,00	0,86

Результаты исследования показали, что атензионная герниопластика характеризуется более высоким уровнем коэффициентов медицинской ($K_m=1,00$) и социальной эффективности ($K_c=0,86$), по сравнению с пациентами, оперированными натяжными методами ($K_m=0,90$; $K_c=0,66$).

Выводы.

1. Интраоперационная морфометрия является элементом доказательной медицины при выборе метода паховой герниопластики.

2. Результаты интраоперационной морфометрии высоты ПП, СТМ образующих верхнюю стенку пахового канала и ДГПК необходимо учитывать при выборе метода герниопластики и подготовке сетчатого эндопротеза к имплантации.

3. По результатам медицинской и социальной эффективности атензионная герниопластика превосходит натяжную герниопластику.

Список литературы:

1. Алексеев, С. А. Герниопластика по методу Desarda / С. А. Алексеев, О. А. Фатеева, Н. Я. Бовтюк // Мед. журн. – 2020. – № 1. – С. 139-142.
2. Жук, С. А. Анализ структуры хирургических вмешательств при паховых грыжах у пациентов пожилого возраста в Гродненской области / С. А. Жук, С. М. Смотрин, Ю. Ф. Покульневич // Здоровоохранение. – 2023. – № 2. – С. 5-9.
3. Паховые грыжи у лиц пожилого возраста. Стратегия выбора метода хирургического лечения / С. М. Смотрин, С. А. Жук, В. С. Новицкая, А. В. Копыцкий // Проблемы здоровья и экологии. – 2021. – № 18 (2). – С. 71-78. – doi:10.25298/2808-6011. 2021-18-2-11.
4. Nikkolo, C. Chronic pain after open inguinal hernia repair / C. Nikkolo, U. Lepner // Postgrad. Medicine. – 2016. – Vol. 128.