

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ: ОПЫТ ГОРОДСКОГО ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Язепчик А.В.^{1,2}, Цилиндзь И.И.¹, Сухоцкий Д.В.¹

¹Городская клиническая больница № 4 г. Гродно

²Гродненский государственный медицинский университет
Республика Беларусь, г. Гродно

Актуальность. Ежегодно в мире выполняется более 20 миллионов операций по поводу первичной паховой грыжи и более 2 миллионов грыжесечений при рецидивах данной патологии [1]. В доступной литературе имеются данные о нескольких десятках методик лечения паховых грыж, ни одна из которых не является идеальной, однако имеются достоверные данные об эффективности и преимуществе использования атензионных методов с использованием сетчатых имплантов в сравнении с традиционными натяжными способами герниопластики [2]. Применение сетчатых имплантов в хирургическом лечении первичных и рецидивных паховых грыж значительно уменьшило количество рецидивов, но и также привело к появлению пула пациентов со специфическими имплант-ассоциированными осложнениями, коррекция которых нередко требует выполнения повторного хирургического вмешательства, несмотря на отсутствие рецидива заболевания [3].

Цель. Проанализировать и представить результаты лечения паховых грыж в УЗ «ГКБ № 4 г. Гродно» с 2022 по 2025 гг.

Методы исследования. Проанализированы медицинские карты стационарных пациентов, оперированных по поводу паховой грыжи за период с 2022 года по 2025 год. Оценивались следующие параметры: распределение пациентов по половозрастному признаку, ИМТ, наличие рецидива грыжи, способ герниопластики, наличие и характеристика послеоперационных осложнений по Clavien-Dindo [4], послеоперационная летальность. Все статистические вычисления выполнялись с использованием программного обеспечения Microsoft Excel и онлайн-калькулятора DATAtab (DATAtab Team, 2023. DATAtab: Online Statistics Calculator. DATAtab e.U. Graz, Austria. URL: <https://datatab.net/>).

Результаты и их обсуждение. Проанализировано 618 медицинских карт прооперированных пациентов по поводу паховой грыжи, среди которых было 52 (8,25%) женщины и 566 (91,75%) мужчин. Средний возраст составил 57,1(±13,7 лет), ИМТ средний 26,1 (±3,6) кг/м², средний койко-день 6,1 (±1,16), летальность 0%. Латеральные(косые) грыжи были выявлены у 459 (74,2%) пациентов, медиальные(прямые) – у 159 (25,8%) пациентов, рецидивные – в 38 (6,1%) случаях. Выполнено 500 (80,93%) операций с пластикой пахового канала по Лихтенштейну, лапароскопическая TAPP герниопластика проводилась 54 (8,7%) пациентам, TEP – в 3 (0,5%) случаях. При протезирующих герниопластиках использовались полипропиленовые макропористые легкие или

облегченные сетчатые протезы плотностью от 30 до 50 г/м². При операциях Лихтенштейна в 220 случаях использовался сетчатый имплант размером 6х11см, в 280 – 8х15 см. Для закрытия грыжевых ворот при эндоскопической герниопластике применялся полипропиленовый сетчатый имплант 10х15 см без фиксации. Среди пластик местными тканями по Жирару-Спасокукоцкому выполнено 28 (4,53%) операций (данный метод был использован только у женщин преимущественно репродуктивного возраста), по Шолдайсу – 3 (0,5%), по Постемпскому – 15 (2,42%), по Бассини – 15 (2,42%).

Рецидив выявлен в 8 случаях (1,29%), среди них было 7 мужчин и 1 женщина. 1 рецидив после ТАРР (использовался полипропиленовый сетчатый имплант 10х15 см без фиксации при первичной операции, рецидив грыжи устранен с помощью операции Лихтенштейна с установкой импланта 8х15 см). 6 рецидивов установлено после операции Лихтенштейна с использованием полипропиленового сетчатого протеза 6х1 см при первичной операции. Этой группе пациентов выполнена повторная герниопластика сетчатым имплантом 8х15 см. 1 рецидив выявлен у женщины после операции грыжесечения с пластикой по Жирару-Спасокукоцкому швом Кимбаровского – рецидив ликвидирован по методике Лихтенштейна с установкой полипропиленового сетчатого протеза 8х15 см.

Осложнения были выявлены в 10 (1,66%) случаях и стратифицировались по шкале хирургических осложнений Clavien-Dindo: степень 3а - серома в 3 (0,5%) случаях (проведено лечение путем серии пункций под УЗ навигацией), нагноение раны у 3 (0,5%) пациентов, острая задержка мочи в 3 (0,5%) случаях. Нагноение раны в 2 случаях было после плановой операции Лихтенштейна и в 1 случае после экстренной операции грыжесечения без резекции внутренних органов с пластикой по Постемпскому. Инфекция локализовалась эпифасциально, сетчатый имплант не был вовлечен в инфекционный воспалительный процесс. Лечение данных осложнений проводилось путем снятия швов с кожи и открытого ведения раны, а также применения в/в антибактериальной терапии препаратами группы цефалоспоринов. Заживление ран осуществилось вторичным натяжением. Острая задержка мочи развилась на вторые сутки у мужчин, страдающих доброкачественной гиперплазией предстательной железы, которым была выполнена плановая герниопластика по Лихтенштейну под спинномозговой анестезией, при этом пациентам перед проведением операции было проведено ультразвуковое исследование простаты и мочевого пузыря с оценкой остаточной мочи с последующей консультацией уролога. В двух случаях была наложена троакарная эпицистостомия, в 1 случае данное осложнение удалось ликвидировать путем временной катетеризации мочевого пузыря катетером Фолея. Степень 4 по Clavien-Dindo была диагностирована у 1 пациента (0,16%) – мужчины 72 лет с ИМТ 30,39 кг/м², имеющего в анамнезе открытую радикальную простатэктомию по поводу рака простаты, и проявилась развитием послеоперационного кровотечения через 2 часа после операции и острой задержки мочи на вторые сутки. Данное осложнение потребовало проведение экстренной операции по ревизии и остановки источника кровотечения (ветвь а. epigastrica inferior), удаления

гематомы, тампонирования и дренирования зоны кровотечения, снятия сетчатого протеза и установки нового импланта, наложения троакарной эпицистостомы на 2 суток ввиду развития острой задержки мочи, наружного дренирования гематомы зоны операции под УЗ-наведением на 11 сутки, переливания 5 доз эритроцитов и 3 доз свежезамороженной плазмы, а также лечения в ОАРИТ 5 койко-дней. Длительность лечения в стационаре составила 26 койко-дней. Троакарная эпицистостома была в последствии закрыта в урологическом отделении в плановом порядке.

Выводы. Преимущественными методами герниопластики явились методы с использованием полипропиленового сетчатого импланта, частота которых составила 90,1%, среди которых 80,9% были открытые методики, а доля эндоскопических технологий составила 10,2%. Отмечено 8 (1,29%) случаев рецидива паховой грыжи: 1 – после TAPP герниопластики, 6 – после операции Лихтенштейна, 1 – после пластики по Жирау-Спасокукоцкому со швом Кимбаровского, а также 10 (1,66%) случаев осложненного течения послеоперационного периода (степень 3 и 4 по Clavien-Dindo), острая задержка мочи развилась в 4 случаях летальность составила 0%.

Список литературы

1. International guidelines for groin hernia management / HerniaSurge Group // *Hernia*. – 2018. – Vol. 22, № 1. – P. 1-165.
2. Мошкова, Т. А. Оптимизация аллопластики паховых грыж / Т. А. Мошкова, С. В. Васильев, В. В. Олейник // *Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина*. – 2008. – Т. 11, № 2. – С. 140-143.
3. Mesh-related visceral complications following inguinal hernia repair: an emerging topic / F. Gossetti, L. D'Amore, E. Annesi [et al.] // *Hernia*. – 2019. – Vol. 23, № 4. – P. 699-708.
4. The Clavien-Dindo classification of surgical complications: five-year experience / P. A. Clavien, J. Barkun, M. L. de Oliveira [et al.] // *Ann Surg*. – 2009. – Vol. 250, № 2. – P. 187-96.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПОСЛЕ ПОЛИПЭКТОМИЙ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ

Язепчик А.В.^{1,2}, Жибер В.М.¹, Романчук А.А.¹, Цилиндзь И.И.¹

¹Городская клиническая больница № 4 г. Гродно

²Гродненский государственный медицинский университет
Республика Беларусь, г. Гродно

Актуальность. Эпителиальные новообразования слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта (далее ЖКТ) ассоциированы с высоким риском малигнизации [1]. Эндоскопическая резекция и подслизистая