

2. Отсутствие характерной клинической симптоматики у взрослых пациентов значительно затрудняет раннюю диагностику заболевания.

3. Компьютерная томография органов брюшной полости является ключевым методом диагностики инвагинации кишечника и позволяет своевременно определить показания к хирургическому лечению.

4. Хирургическое вмешательство остаётся основным методом лечения инвагинации кишечника у взрослых, особенно при наличии некроза кишки или опухолевого субстрата.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Adult intussusception: a systematic review and meta-analysis / K. D. Hong, J. Kim, W. Ji, S. D. Wexner // Techniques in Coloproctology. – 2019 – Vol. 23, iss. 4. – P. 315-324.

2. Kim, Y. H. Adult intestinal intussusception: CT appearances and identification of a causative lead point / Y. H. Kim, M. A. Blake, M. G. Harisinghani // Radiographics. – 2018 – Vol. 38, iss. 2. – P. 425-440.

## ОЦЕНКА ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДИК ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

**Шило Р. С.<sup>1</sup>, Ковалевский П. И.<sup>2</sup>, Юсафзай Н. А.<sup>3</sup>,  
Болдак Е. А.<sup>1</sup>, Чумакова А. Д.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Гродненский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>Гродненская университетская клиника

**Актуальность.** Грыжевые выпячивания в области передней брюшной стенки представляют значимую проблему современной хирургии. Наибольшую долю из них составляют паховые грыжи [1]. Значимыми факторами риска их возникновения являются мужской пол – мужчины страдают от этой патологии примерно в 7 раз чаще, чем женщины. К дополнительным, но менее выраженным факторам относят: наличие наследственной предрасположенности (особенно важной у женщин), интенсивные физические нагрузки (в большей степени влияющие на мужчин), пожилой возраст, диспластические изменения соединительной ткани врождённого или приобретённого характера, перенесённую простатэктомию, а также пониженный индекс массы тела [4].

Невозможность выделить универсальный стандарт оперативного лечения предопределила широкое распространение различных хирургических подходов, включая как открытые методики, так и лапароскопические вмешательства. С применением синтетических сеток частота рецидивов снизилась до 1-5%,

однако при этом возрос риск специфических осложнений: возможны воспалительные реакции, образование сером, а также отторжение имплантата. Среди современных эндоскопических техник чаще всего применяются трансабдоминальная преперитонеальная пластика (ТАПП), полностью экстраперитонеальная пластика (ТЕП) и расширенная полностью экстраперитонеальная пластика (еТЕП), которые продолжают активно внедряться и совершенствоваться [3].

Классическая операция по Лихтенштейну остаётся одной из самых распространённых методик герниопластик. Тем не менее, в 8-15% случаев, а по некоторым данным – до 40%, пациенты сталкиваются с хроническим болевым синдромом, что связывают с расположением семенного канатика непосредственно на сетчатом эндопротезе [2].

Несмотря на значительный технологический прогресс и разнообразие доступных методик, поиск оптимального способа герниопластики остаётся открытым вопросом.

**Цель** – анализ методов хирургического лечения паховых грыж.

**Методы исследования.** В хирургическом отделении УЗ «Гродненская университетская клиника» в период за 2024 год было выполнено 118 операций пациентам с паховыми грыжами. В плановом порядке было прооперировано 117 (99,1%) пациентов, по экстренным показаниям – 1 (0,9%). Мужчин было 104 (88,1%), женщин – 14 (11,9%). Средний возраст составил 58 [50; 69] лет. Пациентов с первичными грыжами было 113 (95,8%), с рецидивами – 5 (4,2%).

Среди герниопластик натяжного типа применялись методики по Бассини и Кимбаровскому у 17 пациентов (14,4%). Из 118 операций сетчатый имплант использовался в 101 случае (85,6%). Данные представлены в таблице 1.

Данные представлены с использованием квартилей 25-го и 75-го перцентилей.

Таблица 1 – Сравнительный анализ хирургических методик герниопластик

Метод пластики	Кол-во пациентов (n, %)	Средняя длительность операции (мин)	Среднее кол-во койко-дней
Бассини	10 (8,5%)	55 [45; 60]	7 [5; 9]
Кимбаровский	7 (5,9%)	40 [30; 50]	6 [5; 7]
Лихтенштейн	57 (48,3%)	67 [55; 85]	6 [5; 7]
ТАПП	25 (21,2%)	77 [57; 97]	4 [3; 6]
еТЕП	19 (16,1%)	95 [80; 105]	4 [3; 6]

**Результаты и их обсуждение.** В рамках анализа раннего послеоперационного периода были изучены следующие показатели: выраженность болевого синдрома (по визуально-аналоговой шкале – ВАШ), его продолжительность, а также частота возникновения осложнений. При выполнении герниопластики по Лихтенштейну пациенты в первые сутки после операции сообщали о болях умеренной интенсивности – от 3 до 5 баллов по ВАШ. В течение 3-5 суток наблюдалось постепенное снижение болевого

синдрома до незначительной выраженности. Применение наркотических анальгетиков (промедол) потребовалось в 7 случаях (12,3%), при этом у большинства пациентов болевой синдром контролировался с помощью нестероидных противовоспалительных средств.

После операций по методикам Бассини и Кимбаровского уровень болевого синдрома в первые сутки составлял 4-7 баллов по ВАШ, с последующим снижением до 1-2 баллов на протяжении недели. В 5 случаях (29,4%) потребовалось введение промедола для достижения адекватного обезболивания.

Использование эндоскопических методов (ТАПП, еТЕП) сопровождалось менее выраженным болевым синдромом: на 1 сутки уровень боли находился в пределах 2-4 баллов по ВАШ, к 2 суткам он снижался до 1-2 баллов.

Исходя из сказанного выше, мы наблюдаем, что при лапароскопических операциях болевой синдром менее выражен и не требовал введения наркотических препаратов, что является преимуществом данных методик.

Среди 101 случая герниопластики с применением сетчатого импланта, серомы диагностированы в 2 случаях (1,98%) – по 1 после вмешательств ТАПП и еТЕП. В обоих случаях серомы разрешались самостоятельно.

Гематомы были зафиксированы у 3 пациентов (2,5%): 2 случая после пластики по Лихтенштейну и 1 – после вмешательства по Бассини. Всем пациентам с гематомами была выполнена ревизия и дренирование операционной раны.

Динамика применения хирургических методик указывает на рост популярности лапароскопических операций за последние годы. Кроме того, было установлено, что пациенты, перенесшие эндоскопические вмешательства, находились в стационаре в среднем на  $3 \pm 1$  день меньше по сравнению с пациентами, прооперированными открытым способом, что отражается на снижении затрат и повышении эффективности лечения.

### **Выводы.**

1. Малоинвазивные методы герниопластики с использованием лапароскопического оборудования показывают лучшие результаты по сравнению с открытыми вмешательствами. Они приводят к меньшей выраженности болевого синдрома, реже вызывают осложнения и сокращают время пребывания пациента в стационаре.

2. Статистически значимая разница в уровне послеоперационной боли и частоте ранних осложнений между методами ТАПП и еТЕП выявлена не была, что дает основание считать обе методики равноценными и клинически приемлемыми для лечения паховых грыж.

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Эволюция методов хирургического лечения паховой грыжи (обзор литературы) / С. А. Середин, Д. М. Яковлева, В. Д. Левитский [и др.] // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2025. – Т. 19, № 1. – С. 22-30. – doi: 10.24412/2075-4094-2025-1-1-3.
2. Хужамов О. Б. Хирургическое лечение паховых грыж (обзор литературы) / О. Б. Хужамов, О. Э. Идиев // Достижения науки и образования. – 2022. – № 4 (84). – С. 64-72.

3. Сосновская А. С. Лапароскопическая герниопластика паховых грыж: практическое пособие для врачей / А. С. Сосновская, Д. Л. Дугин. – Гомель : ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» – 2021. – С. 21.

4. Паховые грыжи – эпидемиология, факторы риска, методы лечения (обзор литературы) / О. В. Ооржак, С. Ю. Шост, В. Г. Мозес [и др.] // Acta Biomedica Scientifica (East Siberian Biomedical Journal). – 2021. – Т. 6, № 4. – С. 230-242. – doi: 10.29413/ABS.2021-6.4.21.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВНЫМИ ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ

Шило Р. С.<sup>1</sup>, Карпович В. Е.<sup>2</sup>, Юсафзай Н. А.<sup>1</sup>,  
Болдак Е. А.<sup>1</sup>, Чумакова А. Д.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Гродненский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>Гродненская университетская клиника

**Актуальность.** Главной задачей герниологии остаётся поиск методов, обеспечивающих минимальный риск рецидива в отдалённом периоде. Несмотря на значительный прогресс, частота рецидивов после натяжных методик достигает 10-35%, снижаясь до 3-5% при использовании ненатяжных способов с эндопротезами [3].

Особую сложность представляют повторные операции по поводу рецидивной паховой грыжи (ПГ). Изменённая анатомия пахового канала, рубцовые сращения, вовлечение ранее установленного сетчатого импланта, а также риск повреждения паховой связки и кремастерного канатика требуют иного подхода. Ключевым принципом является отказ от натяжных методик и обязательное использование эндопротезов. При выборе доступа предпочтение отдаётся альтернативным лапароскопическим или гибридным техникам, позволяющим избежать повторного рассечения рубцово-изменённых тканей [1].

Внедрение новых технологий позволило существенно снизить риск рецидива у пациентов с ПГ. Однако его показатель достигает 13,5%, что подчёркивает актуальность дальнейшего изучения и оптимизации методов хирургической коррекции рецидивных ПГ [2].

**Цель** – оценка результатов герниопластик у пациентов с рецидивами ПГ.

**Методы исследования.** В хирургическом отделении УЗ «Гродненская университетская клиника» за 6 лет было выполнено 557 операций пациентам с ПГ. Мужчин было 494 (88,7%), женщин – 63 (11,3%). Средний возраст составил 55 лет. Первичные ПГ были в 515 случаях (92,5%), рецидивные – в 42 (7,5%). Период до развития рецидива в среднем составил 11 лет.