

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.

Среди пациентов с рецидивами ПГ мужчин было 38 (90,5%), женщин – 4 (9,5%).

Среди всех рецидивов большинство – 37 случаев (88,1%) – развились после натяжных герниопластик, и только 5 (11,9%) – после ненапряжной пластики по Лихтенштейну.

В качестве натяжных методик, без применения сетчатого эндопротеза, в клинике применялись классические способы герниопластики: по Бассини, Кимбаровскому, Десарда и Постемпскому.

Для коррекции рецидивных ПГ использовались исключительно ненапряжные методы. Всего было выполнено 42 повторных вмешательства: пластика по Лихтенштейну – 34, лапароскопическая трансабдоминальная преперитонеальная пластика (ТАПП) – 6, и гибридные операции – 2. Данные о проведенных операциях показаны в таблице 1.

Таблица 1 – Сравнительная характеристика методов герниопластики, применённых при рецидивных ПГ.

Метод герниопластики	Кол-во пациентов (n, %)	Средняя длительность операции (мин)	Среднее кол-во койко-дней
Лихтенштейну	34 (80,95%)	70 [58; 88]	6 [5; 7]
ТАПП	6 (14,29%)	80 [60; 100]	4 [3; 6]
Гибридная операция	2 (4,76%)	80 [60; 100]	4 [3; 6]

**Результаты и их обсуждение.** В раннем послеоперационном периоде анализировались выраженность и продолжительность болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), а также частота образования послеоперационных гематом и сером.

У пациентов после герниопластики по Лихтенштейну в первые сутки регистрировался умеренный болевой синдром с интенсивностью 3-4 балла по ВАШ. В последующие дни отмечалось постепенное снижение боли до незначительного уровня (1-2 балла) к 3-5 суткам. Назначение наркотических анальгетиков потребовалось в 3 случаях (8,6%); у большинства пациентов боль купировалась с помощью нестероидных противовоспалительных средств.

После ТАПП болевой синдром был менее выражен, чем после открытых вмешательств, и не требовал применения наркотических анальгетиков. Интенсивность боли в первые сутки составляла 2-4 балла по ВАШ, снижаясь до незначительного уровня (1-2 балла) уже ко вторым суткам.

Осложнение в виде гематомы в области послеоперационной раны было зафиксировано в 2 случаях (5,7%) после операции по Лихтенштейну, что потребовало выполнения ревизии и дренирования.

Отдаленные результаты удалось оценить у 17 пациентов за 2022-2024 годы, используя опросник EQ-5D. Данный опросник включает следующие вопросы: подвижность (возможные трудности при движении / ходьбе), уход за собой, повседневная деятельность (работа), боль и дискомфорт, психическое состояние (тревога / депрессия). Также учитывалось наличие

рецидива. Для сбора информации проводился обзвон данных пациентов. Незначительный дискомфорт от наличия сетчатого эндопротеза отмечался только у 1 пациента после герниопластики по Лихтенштейну. По остальным критериям пациенты как после лапароскопической операции, так и после открытой одинаково отметили полное благополучие. Повторных рецидивов ПГ у пациентов за анализируемый период не возникло.

С развитием лапароскопической хирургии в последние годы отчетливо прослеживается рост количества эндоскопических герниопластик ПГ, в том числе и рецидивных. При этом для предупреждения контакта с рубцово-изменёнными тканями после первичной открытой операции, мы предпочтение отдаем лапароскопической пластике. Противопоказанием к миниинвазивному лечению рецидивной ПГ может служить большой размер грыжевого мешка. Однако в нашей выборке двум пациентам с пахово-мошоночными рецидивными грыжами мы выполнили гибридную операцию – лапароскопическая установка сетчатого эндопротеза и последующее иссечение грыжевого мешка через мини-разрез в паховой области. Такая техника позволяет избежать контакта с рубцовыми тканями и сокращает время операции. При этом болевой синдром после таких вмешательств и средние сроки выписки из стационара были меньше и соответствовали выборке пациентов после ТАПП операции.

#### **Выводы.**

1. Применение ненатяжной герниопластики с сетчатыми эндопротезом позволяет достичь благоприятных ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения рецидивных ПГ.

2. Выбор альтернативного оперативного доступа при рецидивной грыже после открытой первичной операции дает возможность обойти зону рубцовой деформации тканей, что снижает операционную травму и время оперативного вмешательства.

3. Использование гибридной операции при рецидивных больших пахово-мошоночных грыжах способствует ранней реабилитации пациентов.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Яковлев, П. Н. Хирургическое лечение рецидивных паховых грыж / П. Н. Яковлев, А. С. Кузьмичев, И. В. Зайцева // Медицина: теория и практика. – 2024. – Т. 9, № 3. – С. 5-10.
2. Клименко, В. А. Факторы риска рецидива паховых грыж и ожирение / В. А. Клименко, И. Е. Балацкий, Е. С. Булгакова // Актуальные вопросы современной медицины: материалы VI Дальневосточного медицинского молодежного форума. В 2 ч. / отв. ред. И. В. Толстенок. – Хабаровск, 2022. – Ч. 1. – С. 72-74.
3. Хужамов, О. Б. Оптимизация хирургического лечения путем ненатяжной герниопластики при паховых грыжах / О. Б. Хужамов, С. С. Давлатов, К. Э. Рахманов // Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – № 12. – С. 154-158.