

АНАЛИЗ КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК И ОТДАЛЁННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

**Язепчик А. В.¹, Цилиндзь И. И.¹,
Фисенко О. А.², Сухоцкий Д. В.¹**

¹Городская клиническая больница №4 г. Гродно,

²Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Ежегодно в мире выполняется около 20 миллионов операций по поводу паховых грыж, из которых 10-15% приходится на лечение рецидивов. Хирургия рецидивных грыж представляет собой более сложную задачу, чем первичная герниопластика. Риск повторного рецидива после операции по поводу рецидивной грыжи вдвое выше, а частота послеоперационных осложнений возрастает в 2 раза с каждой последующей операцией [1]. Ключевыми критериями эффективности становятся не только отсутствие рецидива, но и качество жизни пациента, в первую очередь – минимизация хронического болевого синдрома [2]. Основная сложность обусловлена существенными анатомическими изменениями в паховом канале после предшествующих вмешательств. В отличие от первичной грыжи с типичной локализацией дефекта, при рецидиве отмечается разнообразие паттернов из-за рубцовых изменений, особенно после пластики с сетчатым имплантом [3]. Это требует от хирурга глубокого знания измененной анатомии, высоких технических навыков и взвешенного выбора метода коррекции для достижения безопасного и долговременного результата.

Цель – на основании анализа клинико-анатомических характеристик изучить отдалённые результаты хирургического лечения пациентов с рецидивными паховыми грыжами.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации пациентов, оперированных по поводу рецидивной паховой грыжи. В исследование включены данные за два периода: за 10-летний период (2015-2025 гг.) для анализа отдалённых результатов и за 5-летний период (2020-2025 гг.) для детальной оценки клинико-анатомических характеристик.

При анализе учитывались следующие параметры: демографические данные (пол, возраст, ИМТ), анамнестические сведения (тип и сроки первичной операции, время развития рецидива), интраоперационные характеристики (размер грыжевых ворот, классификация рецидива по Yamaguchi N. et al.). Для оценки отдалённых результатов использовался опросник качества жизни MOS SF-36, а также физикальные данные.

Статистическая обработка данных выполнена с использованием программного обеспечения Microsoft Excel и онлайн-калькулятора DATAtab.

Результаты и их обсуждение. На основании ретроспективного анализа медицинских карт сформирована объединенная выборка пациентов, оперированных по поводу рецидивной паховой грыжи (n=170). Преобладали мужчины (91,8%, n=156). Средний возраст составил 55,1±17,0 лет. Структура первичных операций, предшествовавших рецидиву, была следующей: натяжные пластики – 84,1% (n=143), эндоскопическая герниопластика (ТАРП) – 10,0% (n=17), пластика по Лихтенштейну – 5,9% (n=10).

При хирургической коррекции рецидива преимущественно использовались методы аллопластики: пластика по Лихтенштейну выполнена в 78,8% случаев (n=134), трансабдоминальная предбрюшинная пластика (ТАРП) – в 17,6% (n=30). Натяжные методики применены в 3,6% (n=6) случаев, преимущественно у пациентов особых групп (молодые женщины, пожилые пациенты с инфекционными осложнениями).

Анализ клинико-анатомических характеристик (на основе 5-летней когорты, n=47) выявил следующие закономерности: срок развития рецидива зависел от метода первичной операции. После ТАРП рецидив формировался достоверно раньше (медиана – 5 лет), чем после натяжных пластик (медиана – 15 лет) или операции Лихтенштейна (медиана – 16,5 лет) (p<0,05). Анатомический паттерн рецидива (по Yamaguchi) был разнообразным. Наиболее часто встречались дефекты, связанные с дегенеративными изменениями тканей (TL) и их разрывом (TD) – в сумме 76,6% случаев. Рецидивы, ассоциированные с сетчатым имплантом (ММ – миграция, РМ – парапротезная грыжа), составили 17,0%. Паттерны рецидива статистически значимо различались по срокам формирования (p<0,001) – анатомический паттерн рецидивной паховой грыжи, характеризующийся разрывом тканей характерен для более раннего рецидива в сравнении с растяжением и дистрофией ткани.

Оценка отдаленных результатов (на основе 10-летней коррекции с последующим анкетированием, n=76) показала следующее: частота повторного рецидива составила 0% после открытой пластики (Лихтенштейн, n=60) и 6,3% после ТАРП (n=16), в группе ТАРП отмечена тенденция к более высоким средним баллам по опроснику SF-36 (86,17 против 84,73 в группе Лихтенштейна), однако пациенты после открытой пластики чаще сообщали о дискомфорте (23,3%), ощущении инородного тела (20%) и боли в области яичка (18%), болевой синдром: Частота хронической боли, требующей медикаментозного купирования, была низкой в обеих группах (1,6% в группе Лихтенштейна, 0% в группе ТАРП).

Выводы.

1. Основным методом хирургического лечения рецидивных паховых грыж стала аллопластика: операция Лихтенштейна (78,8%) и ТАРП (17,6%) с соблюдением принципа альтернативного доступа.

2. Рецидив после первичной ТАРП развивается достоверно раньше (медиана 5 лет), чем после натяжной пластики или операции Лихтенштейна (15 и 16,5 лет), и чаще связан с миграцией импланта.

3. Отдаленные результаты характеризуются низкой частотой повторных рецидивов (0% после Лихтенштейна, 6,3% после ТАРР) и хронического болевого синдрома (<2%).

4. После открытой пластики пациенты субъективно чаще отмечают дискомфорт и локальную болезненность (до 23% случаев), тогда как после ТАРР фиксируются более высокие показатели качества жизни.

5. Анатомический паттерн рецидива является значимым прогностическим фактором срока его формирования и должен учитываться при планировании операции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Operative findings in recurrent hernia after a Lichtenstein procedure / Danish Hernia Data Base and the Swedish Hernia Data Base ; M. Bay-Nielsen, P. Nordin, E. Nilsson, H. Kehlet // Am J Surg. – 2001. – Vol. 182, № 2. – P. 134-136.

2. Полынский, А. А. Отдаленные результаты лечения пациентов с рецидивными паховыми грыжами / А. А. Полынский, И. Т. Цилиндзь, А. Н. Дудинский // Хирургия Беларуси на современном этапе : материалы XVI съезда хирургов Респ. Беларусь и Респ. науч.-практ. конф. : в 2 частях, Гродно, 01-02 нояб. 2018 г. / под ред. Г. Г. Кондратенко. – Гродно, 2018. – Ч. 1. – С. 141-144. – edn: IASTEN.

3. A Classification System Specific for Recurrent Inguinal Hernia Following Open Hernia Surgery / N. Yamaguchi, D. Morioka, Y. Izumisawa // In Vivo. – 2021 – Vol. 35, № 6. – P. 3501-3508.

СПЕЦИФИКА ДИАГНОСТИКИ И ХАРАКТЕРИСТИКИ СЛУЧАЕВ ОСТРОГО ТРОМБОЗА МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Якубчик А. А., Смирнова Г. Д.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Острый тромбоз мезентериальных сосудов (ОТМС) характеризуется нарушением кровоснабжения различных сегментов тонкой кишки, приводящий к ишемическим повреждениям и, в конечном итоге, к некрозу кишечной стенки. Распространенность ОТМС варьирует в пределах 0,09-0,2% от всех случаев экстренной хирургической помощи, причем отмечается ее увеличение с возрастом. Частота мезотромбоза существенно увеличивается с возрастом, как у мужчин, так и у женщин, и достигает 85,8 случаев на 100 000 населения в возрастной группе 80-84 лет и 189,5 случаев на 100 000 населения старше 85 лет. Женщины составляют значительную часть