

**О. О. Артёмова, И. Рагхад**

*Научный руководитель: старший преподаватель В. З. Анджум*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОПЕРАТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ**

### ***Введение***

Паховая грыжа – патологическое образование в паховой области, являющееся выпячиванием брюшины в полость пахового канала. Является хирургической патологией, которая составляет около 75,0% всех грыж. Среди больных паховыми грыжами на долю лиц мужского пола приходится около 90,0–97,0% [1].

По классификации грыжи бывают врожденными и приобретенными. Врожденные грыжи являются следствием нарушения эмбриогенеза и формируются из-за незаращения влагалищного отростка брюшины. В топографической анатомии приобретенных грыж выделяют косую, прямую и скользящую грыжи. Патологическое формирование у данных грыж различное: косая грыжа (врожденная, приобретенная) формируется в области наружной паховой ямки; прямая грыжа – в области внутренней ямки; **косая паховая грыжа** – в области внутреннего пахового кольца и, внедряясь внутрь семенного канатика, проходит косо, снаружи внутрь, выходя через наружное паховое отверстие. Также существует понятие о комбинированной паховой грыже, которая сочетает в себе как прямую, так и косую [2].

Существует множество методов оперативного лечения паховых грыж, например: грыжесечение по И. Лихтенштейну, Э. Бассини, П. Е. Постемскому, Ж. Жирау – С. И. Спасокуцкому, Н. И. Кукуджанову, Е. Е. Шоулдайсу, также используется лапараскопическое грыжесечение с трансабдоминальной преперитонеальной пластикой (ТАРР). Грыжесечение по И. Лихтенштейну является эталонным и часто используемым методом [3].

### ***Цель***

Провести сравнительный анализ между лицами мужского и женского пола, оперированными по поводу паховых грыж.

### ***Материал и методы исследования***

Проведен ретроспективный анализ стационарных карт пациентов, находящихся на лечении в хирургическом отделении №2 УЗ «Гомельская областная клиническая больница», за период с 01.01.2024 г. по 31.12.2024 г. Всего было прооперировано 65 пациентов по поводу паховых грыж. Среди которых было 60 мужчин (87,0%) и 5 женщин (13,0%). Обработка статистических данных осуществлялась при помощи программы Statistica 13.0 (Trial-версия). Оценку нормальности распределения числовых данных проводили с использованием критерия Shapiro-Wilk test. Распределение числовых значений отличалось от закона нормального распределения. В этой связи цифровые данные были представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха ( $Q_1$ ;  $Q_3$ ).

### ***Результаты исследования и их обсуждение***

Все пациенты были прооперированы в плановом порядке. Средний возраст пациентов составил 58,7 лет. Максимальный возраст у мужчин составлял – 85 лет, а минимальный – 18 лет, в то время у женщин максимальный возраст составлял – 78 лет,

а минимальный – 29 лет. Средним возрастом у мужчин является – 60,2 года, у женщин – 58,4 года. Косые паховые грыжи встречались реже, чем прямые. В 41,6% случаев встречались косые (27 пациентов), прямые – в 49,2% (32 пациента) случаев. Правосторонние грыжи встречались чаще, чем левосторонние, так: 32 пациента (49,2%) имели правостороннюю паховую грыжу, 23 человека (35,4%) – левостороннюю паховую грыжу, а 10 человек (15,4%) были с двусторонними грыжами.

Среднее время проведения операции составляло 44,0 минуты, что на 25,0 минут меньше, чем при косой грыже. Такая разница во времени обусловлена тем, что при косой паховой грыже для отделения грыжевого мешка от семенного канатика требуется дополнительное время.

Также за анализируемое время было прооперировано 6 пациентов с пахово-мошоночными грыжами, что составило 9,2% от общего количества пациентов.

Известно, что рецидивные грыжи встретились у 6 (9,2%) человек. Сроки выполнения первого оперативного вмешательства составили: 76,2 месяца, при этом максимальный срок составил 276 месяцев, а минимальный – 7 месяцев из 65 исследуемых.

При изучении медицинских карт было отмечено, что 40 (61,5%) пациентов были прооперированы по методу, предложенному И. Лихтенштейном, который в настоящее время чаще используется в лечении паховых грыж, так как является «самым простым» в исполнении, не вызывает рецидивов и осложнений.

Пластика пахового канала по Ж. Жирару – С. И. Спасокукоцкому выполнялась у 5 (7,8%) пациентов. Этот способ заключается в подшивании верхнего лоскута апоневроза наружной косой мышцы живота вместе с внутренней косой и поперечной мышцами к паховой связке над семенным канатиком. В 4,6% (3 пациента) случаев использовался метод, предложенный П.Е. Постемским, при этом методе создается новый паховый канал с новым анатомическим направлением. В 3,0% (2 пациента) случаев использовался метод, предложенный Э. Бассини. В 23,0% (15 человек) случаев была выполнена трансабдоминальная преперитонеальная лапараскопическая герниопластика (ТАРР).

Основные исследуемые параметры пациентов, оперированных по поводу паховых грыж, объединены в таблице 1.

Таблица 1 – Сравнительная характеристика некоторых параметров мужчин и женщин, оперированных по поводу грыженосительства

Изучаемый параметр	Пол	
	Мужчины	Женщины
Размер грыжи, см	5,0 [1;20]	5,2 [3,0;9,0]
Сроки грыженосительства, мес	23,0 [0,2; 252,0]	17,0 [5,0; 48,0]
Время, проведенное в стационаре, дней	12,0 [7,0;27,0]	12,0 [8,0;14,0]
Время, проведенное в стационаре после операции, дней	8,0 [3,0;21,0]	8,0 [7,0;10,0]
Индекс массы тела (ИМТ), кг/м <sup>2</sup>	25,9 [20,0;33,7]	26,0 [19,0;30,0]

Средние анатомические размеры паховых грыж у женщин и у мужчин были сопоставимы между собой. Минимальный размер грыж у мужчин составлял 1,0 см., в то время как у женщин – 3,0 см. Максимальный размер у женщин паховой грыжи был равен 9,0 см, у мужчин – 20,0 см (пахово-мошоночная). В большинстве случаев при анализе стационарных карт пациентов не были указаны размеры грыж. Если диаметр грыжи превышал 10,0 см., то было указано, что грыжа является большой или огромной.

При анализе полученной информации видно, что сроки грыженосительства у мужчин и у женщин разные. У мужчин среднее время грыженосительства составило около

23,2 месяцев, в то время у женщин этот показатель был равен 17,1 месяцу. Минимальный срок грыженосительства у мужчин составлял 1 неделю, а максимальный – 252 месяца (21 год), в то время у женщин минимальный срок был равен 5 месяцам, а максимальный – 48 месяцам.

Медиана среднего количества дней, проведенных в стационаре, у мужчин и у женщин была равной. Минимальное количество дней госпитализированных мужчин составило 7, женщин – 8. Максимальный срок пребывания в стационаре составлял у женщин 14 дней, у мужчин – 28 дней. Длительность пребывания в стационарных условиях была обусловлена появлением симптомов острой респираторной вирусной инфекции после выполнения хирургического вмешательства.

Также сроки реабилитации были зависимы от ИМТ, который у мужчин составлял 25,9 [20,0;33,7] кг/м<sup>3</sup>, а у женщин 26,0 [19,0;30,0] кг/м<sup>3</sup>. Минимальный ИМТ у мужчин был равен 20,0 кг/м<sup>3</sup>, а у женщин – 19,2 кг/м<sup>3</sup>. Максимальный ИМТ у мужчин составлял 33,7 кг/м<sup>3</sup>, у женщин – 30,4 кг/м<sup>3</sup>, что соответствует морбидному ожирению 2 степени.

### **Выводы**

Паховые грыжи чаще встречаются у мужчин в – 87,0% случаев, против 13,0% случаев у женщин. Наиболее распространённым методом оперативного вмешательства при паховой грыже является грыжесечение, предложенное И. Лихтенштейном (61,5%). Грыженосительство у мужчин было более длительным: 23,0 [0,2; 252,0] мес., в сравнении с женщинами: 17,0 [5,0; 48,0] мес. Также общий срок госпитализации, время, проведенное в стационаре после операции, для мужчин и женщин было равным и составляло 12 и 8 суток соответственно. Индекс массы тела различался незначительно. Ме составляла 25,9 и 26,0 кг/м<sup>3</sup> для мужчин и женщин.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Хирургические болезни / Н. М. Кузин, П. С. Ветшев, Н. Н. Крылов [и др.]. – 4-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 992 с.
2. Егиев, В. Н. Грыжи / В. Н. Егиев, В. К. Воскресенский. – М.: Медпрактика М, 2015. – С. 121–159
3. Сравнительный анализ оперативного лечения рецидивной паховой грыжи: использование лапароскопической герниопластики и методики Лихтенштейна / М. А. Абдуллаев [и др.] // Вестн. Северо-Западного ГМУ, 2016. – С. 36.

**УДК 616.62-003.7-089.879:[616.61+616.617]-036.8**

**Д. В. Вабищевич**

*Научные руководители: к.м.н., доцент А. С. Князюк,*

*ассистент С. Р. Ходжакулиев*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

### **ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСТАНЦИОННОЙ ЛИТОТРИПСИИ В ПОЧКАХ И МОЧЕТОЧНИКАХ**

#### **Введение**

На сегодняшний день проблема нефролитиаза продолжает оставаться одной из актуальных в урологии [1]. Прогрессирующий рост и высокий уровень заболеваемости определяют социальную значимость данной патологии. Одним из наиболее эффективных методов лечения в настоящее время является дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ). В случае крупных (более 2,0 см), коралловидных и множественных конкрементов наиболее предпочтительным методом является чрезкожная нефролитотрипсия,