

DOI: 10.21802/artm.2024.4.32.75

УДК 616.34[-007.43-031:611.957]-089.844:616.381-072.1-089.168-035-036.8

ПАХВИННІ ГРИЖІ. СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ХІРУРГІЧНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ

О.В. Пиптюк¹, В.І. Пилипчук¹, А.Є. Богуш², Д.Д. Жабровець³¹Івано-Франківський національний медичний університет, м.Івано-Франківськ, Україна²КНП «Івано-Франківська центральна міська клінічна лікарня» Івано-Франківської міської ради, м. Івано-Франківськ, Україна³КНП «Калуська центральна районна лікарня» Калуської міської ради, Україна

ORCID ID: 0000-0003-0147-645X, e-mail: pupalex@gmail.com

ORCID ID: 0000-0002-3754-4592, e-mail: vipdoz@ukr.net

Резюме. За період 2019-2024 років у хірургічних відділеннях КНП «Івано-Франківська центральна міська клінічна лікарня» Івано-Франківської міської ради та КНП «Калуська центральна районна лікарня» Калуської міської ради проведено 1881 оперативних втручань з приводу пахвинної грижі. Чоловіків було 1669 (88,7 %), жінок - 201 (11,3 %). Вік пацієнтів коливався від 18 до 88 років, в середньому 55,8±6,4 роки. До операції всім пацієнтам проведено об'єктивне обстеження черевної порожнини та пахвинної ділянки, загальноприйняті лабораторні тести.

Переважній більшості хворих (88,8 %), для попередньої оцінки грижової ділянки та грижового вмісту, проведено ультразвукове дослідження черевної порожнини та місця захворювання. У 5,9 % для цього використано комп'ютерну томографію. У 62,6 % пацієнтів грижа локалізувалась справа, зліва у 37,4 %. У 1695 (90,1 %) пацієнтів грижа була вправимою, у 186 (9,9 %) - защемленою. Показаннями до оперативного втручання були наявність у пацієнтів симптомних та безсимптомних пахвинних гриж. Проте, у частини хворих (із тяжкою супутньою серцево-судинною, легеневою, нирковою патологією, декомпенсованим діабетом, ожирінням, тощо) дотримувались тактики «пильного очікування», яка передбачає утримання від операції та спостереження за пацієнтом до виникнення ускладнень грижі. Ми дотримуємось точки зору, що головною причиною виникнення грижового дефекту в пахвинній ділянці є ослаблення задньої стінки, тому, патогенетичним є застосування пластики задньої стінки пахового каналу. Відкриті методи пластики застосовано у 1737 (91,3 %) пацієнтів: метод Ліхтенштейна - 1329 (70,6 %), метод Бассіні - 276 (14,6 %), метод Шолдайса - 16 (0,8 %), метод Постемського - 15 (0,5 %). Лапароскопічну трансабдомінальну преперитонеальну пластику (ТАРР) було проведено у 165 (8,7 %) пацієнтів. В післяопераційному періоді для оцінки інтенсивності болю застосовували 10-бальну шкалу болю Visual Analogue Scale (VAS). Ранні післяопераційні ускладнення та частота хронічного інгвінального болю після лапароскопічних операцій є нижчими, ніж після операцій Ліхтенштейна.

Ключові слова: пахвинна грижа, пластика гриж, аналогова шкала болю, післяопераційний біль, сучасний менеджмент.

Актуальність теми. Пахвинна грижа є найпоширенішою серед усіх гриж черевної порожнини. Частота виникнення випинання внутрішніх органів через пахвинний канал становить 27–43 % у чоловіків і 3–6 % у жінок [1].

До факторів ризику розвитку пахвинної грижі можна віднести сімейний анамнез, стать, вік, аномальний метаболізм колагену, простатектомію в анамнезі та низький індекс маси тіла. Пахвинні грижі зазвичай симптоматичні і клінічно проявляються опуклістю в ділянці паху та больовими відчуттями [2].

Пластика пахвинної грижі – найбільш поширена операція серед хірургів. В світі щорічно виявляють біля 223 мільйони випадків та оперується приблизно 20 мільйонів пацієнтів [3, 4].

Хірургія пахвинних гриж здебільшого є успішною, проте рецидиви захворювання потребують повторних операцій у 10–15 % випадків. Тривала втрата працездатності через хронічний біль (тривалістю понад 3 міс.) зустрічається у 10–12 % пацієнтів. Післяопераційна інгвінодинія, або хронічний післяопераційний паховий біль (ХППБ), визначається, як новий біль в паховій ділянці, або біль з іншими

характеристиками, ніж до операції, що триває більше трьох місяців після герніопластики і який є прямим наслідком пошкодження нервів або втягнення в процес соматосенсорної системи. [5, 6]. 3-х-місячний термін рекомендаційний HerniaSurge Group [7], але деякі автори вважають що 6-ти місячний термін є доцільним після операцій із використанням сіток, щоб дозволити розрішити пов'язані з сіткою запальні реакції організму. Приблизно 1–3 % пацієнтів відчувають сильний хронічний біль [8].

Мета роботи. Проаналізувати власні результати відкритих та лапароскопічних методів пластики пахвинних гриж.

Об'єкт та методи дослідження. За період 2019-2024 років у хірургічних відділеннях КНП «Івано-Франківська центральна міська клінічна лікарня» Івано-Франківської міської ради та КНП «Калуська центральна районна лікарня» Калуської міської ради проведено 1881 оперативних втручань з приводу пахвинної грижі. Чоловіків було 1669 (88,7 %), жінок - 201 (11,3 %). Вік пацієнтів коливався від 18 до 88 років, в середньому 55,8±6,4 роки. У 1179 (62,6 %) пацієнтів грижа локалізувалась справа, зліва у 702 (37,4 %). У

1695 (90,1 %) пацієнтів грижа була вправимою, у 186 (9,9 %) - защемленою.

До операції всім пацієнтам проведено об'єктивне обстеження черевної порожнини та пахвинної ділянки, загальноприйняті лабораторні тести.

Переважає більшість хворих 1670 (88,8 %) проведено ультразвукове дослідження (УЗД) черевної порожнини та місця захворювання для попередньої оцінки грижової ділянки та грижового вмісту. Ще у 112 (5,9 %) для цього використано комп'ютерну томографію (КТ).

Згідно класифікації Nyhus [9] пацієнти були розподілені наступним чином:

Тип I - непряма грижа; внутрішнє кільце нормального розміру - 1110 (59,0 %).

Тип II - непряма грижа з розширеним внутрішнім кільцем без поширення на ділянку калитки - 137 (7,4 %).

Тип III A - пряма грижа незалежно від розміру - 369 (19,6 %).

Тип III B - непряма грижа великих розмірів, часто ковзна, а також панталонна - 139 (7,4 %).

Тип III C - стегнова грижа - 38 (2,0 %).

Тип IV - рецидивна грижа - 88 (4,7 %).

В післяопераційному періоді для оцінки інтенсивності болю застосовували 10-бальну шкалу болю Visual Analogue Scale (VAS) [10].

Результати дослідження та обговорення.

Всім пацієнтам із пахвинними грижами були

проведені оперативні втручання. На сьогоднішній день лікування включає лапароскопічний або відкритий підходи.

Показаннями до оперативного втручання були наявність у пацієнтів симптомних та безсимптомних пахвинних гриж. Проте, у частини хворих (із тяжкою супутньою серцево-судинною, легеневою, нирковою патологією, декомпенсованим діабетом, ожирінням, тощо) дотримувались тактики «пильного очікування», яка передбачає утримання від операції та спостереження за пацієнтом до виникнення ускладнень грижі.

Ми дотримуємось точки зору, що головною причиною виникнення грижового дефекту в пахвинній ділянці є ослаблення задньої стінки. Тому, патогенетичним є застосування пластики задньої стінки пахового каналу.

Відкриті методи пластики застосовано у 1737 (91,3 %) пацієнтів, зокрема:

- метод Ліхтенштейна - 1329 (70,6 %),
- метод Бассіні - 276 (14,6 %),
- метод Шолдайса - 16 (0,8 %),
- метод Постемського - 15 (0,5 %).

З лапароскопічних методик надаємо перевагу TAPP, яку застосовували у 165 (8,7 %) випадків.

Таким чином, герніопластика з використанням сіток нами застосована у 1494 (79,5 %) хворих, натяжні методи - у 307 (20,5 %).

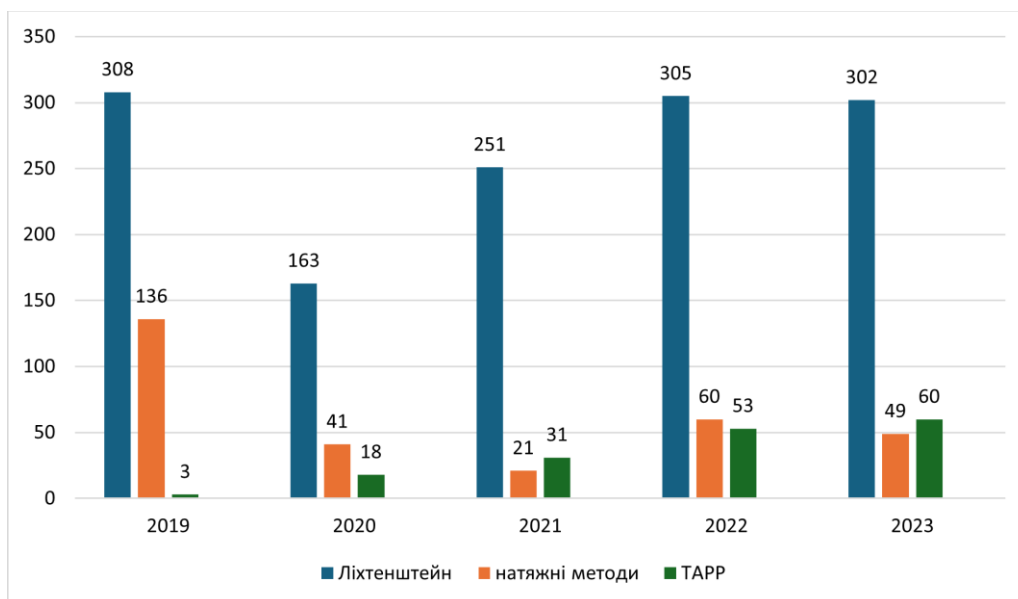


Рис. 1. Види оперативних втручання при пахвинних грижах.

Кількість герніопластик за методом Ліхтенштейна в даний час превалює та залишається сталою протягом останніх років (за винятком 2020 року, коли була епідемія COVID-19). Проте, із оволодінням навиків, поступово зростає кількість хворих, оперованих за методом TAPP (рис.1).

Ключовим запитанням щодо пластики пахвинних гриж на сьогоднішній день є наступне: з урахуванням рецидиву, болю, кривоті навчання, післяопераційного відновлення та вартості, якій операції слід надавати перевагу при односторонній неускладненій пахвинній грижі - відкритій із сіткою (Ліхтенштейн) чи лапаро-ендоскопічній (TEP and TAPP) [11] ?

Згідно сучасних поглядів та підходів вважається, якщо хірург має достатній досвід виконання лапароскопічних операцій, це не забирає більше часу, ніж при операції Ліхтенштейна. В цьому випадку немає суттєвої різниці між операціями з точки зору післяопераційних ускладнень та потреби реоперації.

Лапароскопічні техніки супроводжуються нижчою частотою хронічного болю та швидшим відновленням ніж після операції Ліхтенштейна. Прямі затрати на операцію при лапароскопічних операціях є вищими, проте, різниця з відкритими операціями зменшується при достатньому досвіді хірурга.

Крива навчання при лапароскопічних методах є більшою, ніж при операції Ліхтенштейна. При цьому можливі важкі ускладнення. Тому, навчання цим методикам повинне проводитись під належним контролем. Проте, враховуючи всі переваги разом, лапароскопічні операції мають більші переваги та є більш рекомендованими з урахуванням належного досвіду хірурга [11].

Методика Ліхтенштейна.

Пластика пахвинної грижі за Ліхтенштейном нами застосована у 1329 (70,6 %) хворих. Ця методика була запропонована автором в 1984 році і в даний час залишається найбільш застосованим методом пластики в нашій практиці. Хірургічні наслідки цієї техніки доказали її високу ефективність із частотою рецидиву менше ніж 1 % [12, 13, 14].

Оперативне втручання у 1277 (96,1 %) пацієнтів проведено з використанням спінальної анестезії, у 52 (3,9 %) – під загальним знеболенням. Всі пацієнти оперовані в день госпіталізації.

Обов'язковою умовою ефективною пластики вважаємо використання поліпропіленової сітки розміром не менше $7,5 \times 15$ см.

При даній пластичі можуть спостерігатись парестезії, відчуття стороннього тіла та нейропатичний біль, тому, ідентифікація трьох нервів є фундаментальним кроком пластики пахвинної грижі [15, 16, 17]. Ці нерви можуть бути ідентифіковані у 70–90 % випадків [18, 19].

Іншою невід'ємною умовою успішної пластики є обережні маніпуляції з сім'яним канатиком, намагались не руйнувати волокна п. ilioinguinalis та п. iliohypogastricus у відповідній анатомічній ділянці при фіксації сітчастого алотрансплантату та не перетинати їх.

Найменший час при операціях за методикою Ліхтенштейна у нашій практиці становив 22 хвилини, максимальний - 58 хвилин. Середня тривалість операції 40 хвилин.

Пацієнти, які перенесли операцію Ліхтенштейна, в післяопераційному періоді отримували ненаркотичні анальгетики. Активізацію пацієнтів проводили в середньому через 16-18 годин після перенесеного втручання.

Після операції Ліхтенштейна в ранньому післяопераційному періоді сероми мали місце у 38 (1,3 %) хворих, гематоми 4 (0,3 %), інфікування післяопераційних ран не було. Такий низький рівень ускладнень можна пояснити прецизійною оперативною технікою та в частині випадків – використанням активного дренивання рани. Інтенсивність післяопераційного болю складала 4-5 балів (за візуально-аналоговою шкалою).

Термін перебування хворих в стаціонарі коливався від 2 до 5 днів (в середньому $3,4 \pm 1,2$ доби), повернення до нормальної фізичної активності на $10 \pm 1,3$ добу.

Методика TAPP вперше була запропонована та застосована в 1992 році американським хірургом М. Агтегі, який вважається «батьком TAPP».

Перевагами методу TAPP вважають: кращу візуалізацію пахвинної анатомії, проведення операції з мінідostępів, можливість інтраопераційно ідентифікувати безсимптомну контрлатеральну пахвинну грижу, пластика всіх типів пахвинних гриж, нижча

частота інфекції рани, менша інтенсивність болю, швидше повернення до нормального життя [20, 21].

До недоліків даної методики слід віднести дещо більшу вартість втручання, більшу криву навчання хірургів (80-100 операцій) та необхідність застосування загальної анестезії.

Згідно сучасних рекомендацій, показаннями до TAPP вважаємо:

- Грижі всіх типів.
- Двобічні грижі.
- Рецидивні грижі після відкритої герніопластики.
- Грижі у пацієнтів із ожирінням, діабетом.
- Грижі у жінок (не припускаються стегові грижі).
- Грижі у пацієнтів із підвищеною фізичною активністю (спорт, переміщення вантажів).
- Хронічний паховий біль у спортсменів.
- Хронічна піодермія чи мікоз шкіри в ділянці доступу.
- Досвід хірурга та бажання пацієнта.

Серед протипоказань до застосування TAPP ми виділяємо непереносимість пневмоперитонеуму (важка кардіопатія чи пневмопатія), надмірний злукотний процес в черевній порожнині, великі пахово-каліткові грижі, стан після радикальної простатектомії, защемлена грижа з перфорацією та сепсисом, важкий асцит, пахвинна грижа у дітей та вагітних жінок після другого триместру, важкі тромботичні стани.

Відносним протипоказанням є рецидивна грижа після лапароскопічної пластики. Слід також з обережністю підходити до операції TAPP у пацієнтів-курців та у пацієнтів з ІМТ >35.

В лапаро-ендоскопічній герніопластичі ми використовуємо «важкі сітки», особливо у випадках великих та прямих гриж для зниження частоти рецидиву. «Легкі сітки» не є рекомендованими, оскільки їх застосування не знижує ризику післяопераційного болю, але підвищує ризик рецидиву.

Для безпечного проведення операції у своїй практиці застосовуємо 10 золотих правил використання анатомічної концепції в якості керівництва [22].

Термін перебування даної групи хворих в стаціонарі коливався від 1 до 2 днів (в середньому $1,5 \pm 0,2$ доби). Проте, пацієнт може бути безпечно виписаний з стаціонару ввечері в день операції. Рідку дієту призначаємо, як правило, через 4 год. Після втручання.

Контроль болю здійснювали з використанням ненаркотичних анальгетиків. Для профілактики тромботичних ускладнень вен нижніх кінцівок призначали еластичний трикотаж на нижні кінцівки та низькомолекулярні гепарини.

В післяопераційний алгоритм входить рання мобілізація пацієнта. Легке фізичне навантаження (ходьба, повільний підйом сходами (2 прольоти) рекомендовували з першої доби після операції.

Перші 48 год. Після операції рекомендованим є застосування льодяного пакета на пахвинну ділянку чотири рази на добу. Крім цього, пацієнтам рекомендуємо носіння тугої компресійної білизни впродовж перших 4–6 тижнів. Регулярні фізичні навантаження рекомендуємо після 7 доби, інтенсивні фізичні навантаження – після 4 тижнів (час приростання сітки).

Після операції TAPP в ранньому післяопераційному періоді серома мала місце лише в 1 (0,5 %) хворого, гематом та інфікування післяопераційних ран

не було. Інтенсивність післяопераційного болю складала 2-3 бали (за візуально-аналоговою шкалою). Повернення до нормальної фізичної активності на $7,0 \pm 1,3$ доби.

Порівняння результатів пластики за Ліхтенштейном та TAPP подано в таблиці 1.

Таблиця 1

Порівняльна характеристика результатів пластики за Ліхтенштейном та TAPP

	Пластика за Ліхтенштейном	Пластика TAPP
Тривалість операції	40±6 хв	35±6 хв
Середнє перебування в стаціонарі	3,4±1,2 доби	1,5±0,2 доби
Післяопераційні ускладнення:		
Всього –	42 (1,6 %)	1 (0,5 %)
Сероми –	38 (1,3 %)	1 (0,5 %)
Гематоми –	4 (0,3 %)	0
Нагноєння рани -	0	0
Інтенсивність післяопераційного болю	4-5 балів	2-3 бали
Повернення до нормальної фізичної активності	10±1,3 доби	7,0±1,3 доби

Висновки. 1. Лапароскопічна TAPP пахвинної грижі є сучасним ефективним методом пластики, який має переваги перед іншими, зокрема характеризується меншою частотою хронічного післяопераційного болю, нижчим рівнем інфекційних ускладнень, швидшим відновленням після операції.

2. Для успішного виконання операцій з приводу пахвинних гриж обов'язковим є глибоке знання анатомії, дотримання принципів, кроків та правил. Постійний тренінг, наявність наставника, онлайн курси, перегляд відео, моніторинг профільних професійних груп в інтернеті допоможе хірургу досягти найкращих результатів.

Перспективи подальших досліджень. Перспективою подальших досліджень є розробка шляхів реалізації визначених завдань та створення умов для впровадження в практику хірургів вказаних технологій. Дана робота потребує відстеження більш тривалих віддалених результатів.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

References.

- Kingsnorth A, LeBlanc K. Hernias: inguinal and incisional. *Lancet*. 2003, Nov 8. 362 (9395): 1561–1571. doi: 10.1016/S0140–6736(03)14746–0.
- Bergman S, Feldman L. Inguinal hernia repair. In: *ACS Surgery: Principles and Practice*. BC Decker Inc: 2009. 28. pp.1–22.
- Beard JH, Ohene-yeboah M, deVries CR, Schecter WP. Hernia and hydrocele. In: Debas HT, Donkor P, Gawande A, Jamison DT, Kruk ME, Mock CN, editors. *Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 1): Essential Surgery*. The World Bank; 2015. p. 151–71.
- Hernia Surge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia* 2018. 22: pp.1–165. <https://doi.org/10.1007/s10029-017-1668-x>. Epub 2018 Jan 12. PMID: 29330835; PMCID: PMC5809582.
- S. Alfieri, PK. Amid, G. Campanelli, G. Izard, H. Kehlet, AR. Wijsmuller, et al. International guidelines for prevention and management of post-operative chronic pain following inguinal hernia surgery. *Hernia*, 2011. 15, pp. 239–249.
- Hernia Surge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia*, 22. 2018, pp. 1–165.
- Simons, MP, Smietanski, M, Bonjer, HJ, Bittner, R, Miserez, M, Aufenacker, TJ, et al. International Guidelines for Groin Hernia Management. *Hernia* (2018) 22: pp.1–165.
- Kingsnorth A, LeBlanc K. Hernias: inguinal and incisional. *Lancet*. 2003, Nov 8). 362 (9395): pp.1561–1571. doi: 10.1016/S0140–6736(03)147460.
- Nyhus LM, Klein MS, Rogers FB. Inguinal hernia. *Curr Probl Surg* 1991 28: pp 403–450.
- Gillian Z. Heller EMAIL logo , Maurizio Manuguerra and Roberta Chow How to analyze the Visual Analogue Scale: Myths, truths and clinical relevance *ournal Scandinavian Journal of Pain* <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2016.06.012>.
- Simons, MP, Smietanski, M, Bonjer, HJ, Bittner, R, Miserez, M, Aufenacker, TJ, et al. International Guidelines for Groin Hernia Management. *Hernia*. 2018. 22:1–165.
- The tension-free hernioplasty. *Am. J. Surg.* 157:188–193. [https://doi.org/10.1016/0002-9610\(89\)90526-6](https://doi.org/10.1016/0002-9610(89)90526-6). PMID: 2916733;
- Amid PK. Lichtenstein tension-free hernioplasty: its inception, evolution, and principles. *Hernia* 2004. 8: pp.1–7. <https://doi.org/10.1007/s10029-003-0160-y>;
- Amid PK, Shulman AG, Lichtenstein IL. Critical scrutiny of the open tension-free hernioplasty. *Am. J. Surg.* 1993. 165:369–371.
- Amid PK Groin hernia repair: open techniques. *World J. Surg.* 2005. 29: pp. 1046–1051. <https://doi.org/10.1007/s00268-005-7967-x>. PMID: 15983714.
- Lichtenstein IL, Shulman AG, Amid PK, Montllor MM The tension-free hernioplasty. *Am. J. Surg.* 1989. 157: pp.188–193. [https://doi.org/10.1016/0002-9610\(89\)90526-6](https://doi.org/10.1016/0002-9610(89)90526-6). PMID: 2916733.
- Amid PK Lichtenstein tension-free hernioplasty: its inception, evolution, and principles. *Hernia*.2004. 8: pp.1–7. <https://doi.org/10.1007/s10029-003-0160-y>.
- AR, Di Miceli D, Doglietto GB International guidelines for prevention and management of post-operative chronic pain following inguinal hernia surgery. *Hernia* 2011. 15: pp.239–249.
- Konschake M, Zwierzina M, Moriggl B, Függer R, Mayer F, Brunner W, Schmid T, Chen DC, Fortelny R The inguinal region revisited: the surgical point of view: an anatomical-surgical mapping and sonographic approach regarding postoperative chronic groin pain

- following open hernia repair. *Hernia* 2020. 24: pp. c883– 894. <https://doi.org/10.1007/s10029-019-02070-z>.
20. Bittner R, Schwarz J. Inguinal hernia repair: current surgical techniques. *Langenbecks Arch. Surg.* 2012.;397: pp. 271-82.
 21. V. Sbacco, N. Petrucciani, G. Lauteri, A. Cossa, M. Portinari, A. Brescia, G. Garulli Management of groin hernias in emergency setting: differences in indications and outcomes between laparoscopic and open approach. A single-center retrospective experience *Langenbeck's Archives of Surgery* 2024 409:48.
 22. Claus C., Furtado M, Malcher F. et al. Ten golden rules for a safe MIS inguinal hernia repair using a new anatomical concept as a guide. *Surg. Endosc.* 2020 .34(4): pp.1458-1464 doi: 10.1007/s00464-020-07449-z.

UDC 616.34[007.43-031:611.957]-089.844:616.381-072.1-089.168-035-036.8

INGUINAL HERNIAS. MODERN APPROACH TO SURGICAL MANAGEMENT

O.V. Pyptiuk¹, V.I. Pylypchuk¹, A.E. Bogush²,
D.D. Zhabrovets³

¹*Ivano-Frankivsk National Medical University,
Ivano-Frankivsk, Ukraine*

²*KNP "Ivano-Frankivsk Central City Clinical Hospital" of
Ivano-Frankivsk City Council, Ivano-Frankivsk, Ukraine*

³*KNP "Kaluska Central District Hospital" of Kalusa City
Council, Ivano-Frankivsk, Ukraine
ORCID ID: 0000-0003-0147-645X,
e-mail: pupalex@gmail.com
ORCID ID: 0000-0002-3754-4592,
e-mail: vipdoz@ukr.net*

Abstract. During the period of 2019-2024, 1,881 surgical interventions for inguinal hernia were performed in the surgical departments of the Ivano-Frankivsk Central City Clinical Hospital of the Ivano-Frankivsk City Council and the Kaluska Central District Hospital of the Kalusa City Council. There were 1669 men (88.7 %), 201 women (11.3 %). The age of the patients ranged from 18 to 88 years, with an average of 55.8±6.4 years. Before the operation, all patients underwent an objective examination of the abdominal cavity and inguinal region, as well as standard laboratory tests.

For the preliminary assessment of the hernia area and hernia contents, 88.8 % of patients underwent ultrasound examination of the abdominal cavity and the site of

the disease, and 5.9% underwent computed tomography. In 62.6% of patients, the hernia was located on the right, 37.4% on the left. In 90.1% of patients the hernia was operable, in 9.9% it was pinched. Indications for surgical intervention were the presence of symptomatic and asymptomatic inguinal hernias in patients. However, some patients (with severe concomitant cardiovascular, pulmonary, renal pathology, decompensated diabetes, obesity, etc.) followed the tactics of "watchful waiting". We adhere to the point of view that the main reason for the occurrence of a hernia defect in the inguinal region is the weakening of the back wall, therefore, the use of plastic surgery of the back wall of the inguinal canal is pathogenetic. The key question regarding inguinal hernia repair today is the following: taking into account recurrence, pain, learning curve, postoperative recovery and cost, which operation should be preferred for unilateral uncomplicated inguinal hernia: open with mesh (Lichtenstein) or laparoendoscopic (TEP and TAPP)? Operative intervention in 1277 (96.1 %) patients was performed using spinal anesthesia, in 52 (3.9 %) - under general anesthesia. All patients were operated on on the day of hospitalization. Open methods of plastic surgery were used in 1,737 (91.3 %) patients: the Lichtenstein method - 1,329 (70.6 %). We consider the use of a polypropylene mesh with a size of at least 7.5 × 15 cm to be a prerequisite for effective plastic surgery. The average duration of the operation is 40 minutes. After Lichtenstein's operation in the early postoperative period, seromas occurred in 38 (1.3 %) patients, hematomas in 4 (0.3 %), infection of postoperative wounds did not occur. Such a low level of complications can be explained by precise surgical technique and, in some cases, by the use of active wound drainage. The intensity of postoperative pain was 4-5 points (on a visual analog scale). Bassini's method - 276 (14.6 %), Sholdice's method - 16 (0.8 %), Postemskyi's method - 15 (0.5 %). Laparoscopic transabdominal preperitoneal plastic surgery (TAPP) was performed in 165 (8.7 %) patients. In laparo-endoscopic hernioplasty, we use "heavy meshes", especially in cases of large and direct hernias, to reduce the recurrence rate. "Light mesh" is not recommended because their use does not reduce the risk of postoperative pain, but increases the risk of recurrence. After TARP surgery, seroma occurred in only 1 (0.5 %) patient in the early postoperative period, there were no hematomas and infection of postoperative wounds. The intensity of postoperative pain was 2-3 points (on a visual analog scale). Return to normal physical activity in 7.0±1.3 days. Early postoperative complications and the incidence of chronic inguinal pain after laparoscopic operations are lower than after Lichtenstein operations.

Keywords: inguinal hernia, hernia repair, postoperative pain, modern management.

Стаття надійшла в редакцію 26.07.2024 р.
Стаття прийнята до друку 28.11.2024 р.