

ВЫБОР МЕТОДА АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ В АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ

Н. Н. ЛЕБЕДЕВ, А. Н. ШИХМЕТОВ, Н. В. РЯЗАНОВ, А. К. МАРТЫНОВ, А. М. ЗАДИКЯН, В. Е. КЛЕИН

Отраслевой клинико-диагностический центр ПАО «Газпром», Москва

Сведения об авторах:

Лебедев Николай Николаевич - МЧУ Отраслевой клинико-диагностический центр ПАО «Газпром», главный врач, Заслуженный врач Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор, E-mail: lebenikn@medgaz.gazprom.ru, Россия, Москва

Шихметов Александр Низамединович - МЧУ Отраслевой клинико-диагностический центр ПАО «Газпром», заместитель главного врача по хирургии, кандидат медицинских наук, г.Москва, E-mail: shikhmetov@gmail.com; shikalen@medgaz.gazprom.ru

Рязанов Николай Васильевич - МЧУ Отраслевой клинико-диагностический центр ПАО «Газпром», заведующий хирургическим отделением, г.Москва, E-mail: ryaznicv@medgaz.gazprom.ru Россия, Москва

Мартынов Андрей Константинович - МЧУ Отраслевой клинико-диагностический центр ПАО «Газпром», кандидат медицинских наук, врач-хирург, г.Москва, E-mail: martandk@medgaz.gazprom.ru Россия, Москва

Задикян Альберт Мисакович - МЧУ Отраслевой клинико-диагностический центр ПАО «Газпром», кандидат медицинских наук, начальник клиники высоких медицинских технологий, г.Москва, E-mail: zadialbm@medgaz.gazprom.ru Россия, Москва

Клеин Вячеслав Евгеньевич - МЧУ Отраслевой клинико-диагностический центр ПАО «Газпром», кандидат медицинских наук, врач-хирург, г.Москва, E-mail: kleivyaе@medgaz.gazprom.ru Россия, Москва

Авторы проанализировали результаты лечения 310 пациентов с паховыми грыжами различными способами (TAPP, Lichtenstein и с применением системы PHS) в стационарозамещающих условиях и качества жизни 220 пациентов после операции на основании опросника MOS SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form-36). Наилучшие результаты по послеоперационным осложнениям (TAPP-3,3%, Lichtenstein- 12%, PHS-8,7%), эффективности лечения- частота рецидива (TAPP -0,67%, Lichtenstein- 2,5% и PHS-1,25%) и срокам восстановления качества жизни получены при использовании методики TAPP с использованием лапароскопической технологии. Целесообразно использование TAPP в стационарозамещающих условиях прежде всего у пациентов трудоспособного возраста, для ускоренного восстановления трудовой деятельности. Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности всех применяемых методик лечения паховых грыж и позволяют обоснованно рекомендовать использование их в стационарозамещающих условиях.

Ключевые слова: паховая грыжа, герниопластика, лапароскопическая TAPP, Lichtenstein, система PHS, качество жизни, опросник MOS SF-36, стационарозамещающие технологии.

Выполнена оценка результатов хирургического лечения 310 больных с паховыми грыжами, которые были оперированы в плановом порядке различными способами в стационаре «одного дня» ОКДЦ ПАО «Газпром» в 2005-2015 гг.

Средний возраст пациентов составил 40,9±3,7 лет (от 24 до 62 лет). Соотношение мужчин и женщин составило: мужчин – 230 (74,2%), женщин – 80 (25,8%).

У большинства пациентов длительность заболевания до операции составила 3,2±2,6 лет: до 1 года – у 66 (21,3%), от 1 до 3-х лет – у 146 (47,1%), от 4-х до 7 лет- у 54 (17,4%), от 8 до 10 лет – у 44 (14,2%).

Грыжевые выпячивания были классифицированы по Nyhus [22]: II тип – косые грыжи, имеющие расширенное и смещенное внутреннее паховое кольцо без выпячивания задней стенки пахового канала; грыжевой мешок может занимать весь паховый канал, но в мошонку не опускается встретились у 100 (32,3%) пациентов; III А – все прямые грыжи большие и малые – у 168 (51,6%); III В – косые грыжи с большим расширенным внутренним паховым кольцом, а грыжевой мешок часто находится в мошонке – у 42 (13,5%).

Паховые грыжи имели как правостороннюю (170 пациентов; 54,8%) или левостороннюю (110 больных; 35,5%), так и двустороннюю (у 30 мужчин; 9,1%) локализации.

Во всех случаях оперативное вмешательство производилось под сочетанной или спинальной (при двусторонней патологии) анестезиях при спонтанном дыхании.

Подавляющее большинство больных находились в трудоспособном возрасте, и были заинтересованы не только в конечном результате операции – устранении грыжи, но и в полной, максимально быстрой реабилитации (без осложнений и рецидивов), включая готовность к тяжелой физической работе, что также учитывалось при выборе способа герниопластики.

Характеристика паховых грыж в зависимости от методики операций представлена в табл. 1, 2.

Двусторонние грыжи оперированы только с применением лапароскопической техники.

В условиях амбулаторной хирургии особое значение приобретает также отбор больных. При использовании методики TAPP, Lichtenstein или системы PHS внимание должно уделяться не столько виду грыжи и двусторонности поражения, сколько общему состоянию пациента, наличию хронических

Таблица 1

Методики операций	Характеристика паховых грыж		Итого
	косая	прямая	
Lichtenstein	36	44	80
TAPP	48	102	150
PHS	32	48	80
Всего	116	194	310

Примечание: TAPP -трансабдоминальная предбрюшинная пластика с применением лапароскопической техники; PHS - герниопластика с применением Prolen Hernia System

Таблица 2

Методики операций	Характеристика паховых грыж			Итого
	правосторонняя	левосторонняя	двусторонняя	
Lichtenstein	48	32	-	80
TAPP	66	54	30	150
PHS	56	24	-	80
Всего	170	110	30	310

сопутствующих заболеваний, которые могут повлиять на ход операции и течение послеоперационного периода.

Послеоперационные осложнения после герниопластики представлены в табл. 3.

Полученные нами данные показали, что частота послеоперационных осложнений при паховых грыжах составила в целом 7,1%; при методике Lichtenstein -12,5%, TAPP-3,33% и PHS-8,75%, т.е. лучшие результаты, по данным о частоте ранних осложнений, получены при выполнении операции из лапароскопического доступа (TAPP).

В наших исследованиях ранние осложнения после операции Lichtenstein выявлены у 10 (12,5%) пациентов: орхоэпидидимит – 1 (1,25%), гематома, серома подкожной жировой клетчатки – 4(10,0%), гематома, серома по ходу семенного канатика -1 (1,25%), отек мошонки и оболочек яичка – 4 (10,0%), что значительно меньше показателей других исследователей, установивших частоту осложнений в 48% случаев [17]: послеоперационное кровотечение (3,1%), послеоперационные гематомы подкожной жировой клетчатки (17,59%) и ран (3,77%), инфильтрат послеоперационной раны (2,1%), нагноение послеоперационной раны (9%), серома послеоперационной раны (9,55%), ощущение инородного тела (импланта) (13%), выраженные послеоперационные боли (30%), отек яичка и его оболочек, мошонки (9,3%), атрофия яичка (0,03–0,46%), миграция сетки, рецидивы паховых грыж (1,4–4%).

Оценку отдаленных результатов эффективности методов пластики пахового канала проводили в сроки от 6 мес. до 3 лет, как при непосредственном осмотре пациентов, так и по результатам телефонного опроса (табл. 4).

Таблица 3

Характер осложнений	Методы хирургических вмешательств			Итого
	Lichtenstein, n=80	TAPP, n=150	PHS, n=80	
Орхоэпидидимит	1	-	1	2
Гематома, серома подкожной жировой клетчатки	4		3	7
Гематома, серома по ходу семенного канатика	1	4	1	6
Отек мошонки и оболочек яичка	4	1	2	7
Всего	10/12,5%	5/3,33%	7/8,75%	22/7,1%

Таблица 4

Характер осложнений	Методы хирургических вмешательств			Итого
	Lichtenstein, n=80	LAPP, n=150	PHS, n=80	
Рецидив	2	1	1	4
Хронический болевой синдром	4	2	3	9
Сохранение чувства наличия инородного тела	3	3	3	9
Всего	9	6	7	22

Рецидив грыжи любой локализации, в том числе и наиболее часто встречающейся паховой, является актуальной проблемой хирургии, так как их причины недостаточно изучены, что не позволяет проводить эффективные профилактические мероприятия и вести разработку безрецидивных методов пластики при первичных операциях и методов хирургического лечения рецидивных форм паховой грыжи.

В наших исследованиях частота рецидивов составила 1,29%: при герниопластике по Lichtenstein 2,5%, после TAPP-0,67% и после применения системы PHS-1,25%.

Литературные сведения о частоте рецидивов в зависимости от видов герниопластики паховой локализации весьма противоречивы, поэтому корректное их сравнение с полученными нами данными является затруднительным. Так, в одной из работ было указано, что через год после операции рецидив возник у 9% пациентов, оперированных лапароскопическим способом, в то время как у пациентов, оперированных способом по Lichtenstein, рецидивов не отмечено [14].

По данным других авторов после операции Лихтенштейна рецидивы наблюдались в 1,2% случаях, лапароскопической пластики – в 1,5%, в то время как применение методики паховой герниопластики с PHS позволило избежать формирования рецидивов грыж у пациентов [8].

Еще приводятся «свежие» данные о том, что после лапароскопической герниопластики рецидивы произошли у 2,7% больных [6].

Не наблюдали рецидивов после паховой герниопластики с PHS и другие авторы [5].

Имеются сведения о том, что рецидивы после лапароскопической герниопластики произошли у 1,0-3,0% больных [16, 19].

Практически однозначным является мнение многочисленных исследователей о причинах рецидивов грыж паховой локализации: дисплазии соединительной ткани и морфологические изменения в тканях паховой области больного, сопутствующие хронические заболевания, приводящие к повышению внутрибрюшного давления [10, 23], а также [13, 25]; подворачивание медиального края сетки и ее малые размеры, а профилактика миграции протеза и рецидивов, заключается в надежном закреплении сетчатого трансплантата лучше с помощью интракорпоральных швов и использование сетки достаточного размера (не менее 12×8 см) с обрезание ее углов [6, 7, 16, 24]; во время пластики в протезе необходимо оставлять отверстие для прохождения семенного канатика, тем самым создавая «слабое место» [3], а вторым слабым местом при пластике паховых грыж является медиальный угол, где отмечается «эффект сползания» протеза, что может приводить к возникновению рецидива грыжи [4, 21], поэтому остается нерешенным вопрос надежного закрепления протеза в паховой области [3].

В настоящее время многократно возросли требования пациентов к качеству жизни, имея ввиду его физическую и эмоционально-психическую составляющие [12].

В связи с чем показатель КЖ пациента как критерий оценки его состояния и эффективности лечения в последние годы получает широкое распространение во многих разделах клинической медицины, в том числе в хирургии [12, 20].

При анализе публикаций четко прослеживается увеличение интереса авторов по отношению к качеству жизни пациентов после протезирующей герниопластики [9, 11].

На сроках до операции и через 6, 12, 24 мес. послеоперационного периода были исследованы показатели качества жизни (КЖ) пациентов на основании опросника MOS SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form-36), который формирует следующие шкалы [1, 18, 26]:

1. Physical Functioning – физическое функционирование (ФФ). Отражает степень, в которой здоровье ограничивает выполнение физических нагрузок, таких как самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей.

2. Role-Physical – ролевое физическое функционирование (РФФ). Показывает способность к выполнению типичной работы. Физическая роль определяется как низкая в случае возникновения проблем в выполнении работы или любой другой привычной ежедневной нагрузки. У людей с высокой физической ролью проблем при выполнении ежедневной работы не возникает.

3. Bodily Pain – боль, интенсивность болевых ощущений в области операции (ИБ). Определяет интенсивность боли, ее

влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Шкала физической боли показывает наличие очень сильного или продолжительного болевого синдрома, который не может не сказываться на качественной оценке жизни. Полное отсутствие болей является другим крайним вариантом этой шкалы. Также существуют промежуточные состояния (непродолжительная боль; боль, не препятствующая выполнению привычных действий; боль, мешающая общению с друзьями).

4. General Health – общее состояние здоровья (ОЗ). Определяет субъективное восприятие предшествующего, настоящего состояния здоровья, позволяет определить его перспективы. Наименьшее значение шкалы соответствует оценке состояния здоровья как плохого, либо указывает на возможность его ухудшения. Максимальное значение шкалы показывает убежденность пациента в хорошем состоянии своего здоровья.

5. Vitality – жизнеспособность, жизненная активность (ЖА). Определяет ощущение внутренней энергии, отсутствие усталости, желание энергичных действий. Значения колеблются от минимального – при ощущении утомляемости большую часть времени, ощущения снижения работоспособности, до максимального – при ощущении себя жизнеспособным, энергичным, полным сил в течение большей части времени.

6. Social Functioning – социальное функционирование (СФ). Показывает способность развиваться, полноценно общаться с родственниками, семьей, друзьями, возможность адекватного профессионального общения. По данной шкале можно оценить как максимальное препятствие для нормальной социальной активности, обусловленное эмоциональными или физическими проблемами, так и максимальную социальную активность без физических или эмоциональных проблем.

7. Role-Emotional – ролевое эмоциональное функционирование, обусловленное психологическим состоянием (РЭФ). Определяет степень, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая уменьшение объема работы, большие затраты времени, снижение ее качества). Также оценивается наличие или отсутствие проблем с работой и другой привычной активностью из-за эмоциональных проблем.

8. Mental Health – психологическое здоровье (ПЗ). Определяет настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

Результаты предоставляются в виде оценок по 8 шкалам в баллах в диапазоне от 1 до 100, где более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ.

Данному опросу были подвергнуты 220 (71,0%) пациентов от общего числа наблюдений, из них 60 (75,0%) после операции по методике Lichtenstein, 60 (75,0%) – с применением PHS и 100 (66,7%) после использования лапароскопической техники (табл. 5).

Согласно результатам анализа данных анкетирования MOS SF-36, наблюдаются высокие показатели у пациентов, оперированных по методике TAPP по шкалам физического функцио-

Таблица 5

Данные шкалы MOS SF-36	До операции	Методы хирургических вмешательств		
		Lichtenstein. n=60	TAPP, n=100	PHS, n=60
Физическое функционирование (ФФ)	38,Ш,6	61,1	88,4	74,9
Роловое физическое функционирование (РФФ)	0	62,5	89,1	79,2
Интенсивность боли (ИБ)	91,7	60,9	50,1	55,7
Общее состояние здоровья (ОЗ)	47,5±1,9	57,8	74,9	64,9
Жизненная активность (ЖЛ)	38,9±1,5	69,9	88,2	77,1
Социальное функционирование (СФ)	53,3±1,9	66,1	87,7	73,9
Роловое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (РЭФ)	0	72,9	81,0	79,2
Психическое здоровье (ПЗ)	56,0±2,8	65,0	84,4	78,8
Среднее значение, баллы	-	64,4±2,9	80,1 ±2,3	72,7±2,7

Примечание: различия статистически достоверны между показателями до и после оперативного лечения ($p < 0,05$)

нирования, ролевого функционирования, болевым ощущениям, жизненной активности, социального функционирования, ролевого эмоционального функционирования, психического здоровья (в среднем $80,1 \pm 2,3$ баллов), что свидетельствует о высоком уровне КЖ [15].

Результаты анкетирования пациентов, перенесших операции с применением системы PHS и методики Lichtenstein оказались несколько ниже – $72,7 \pm 2,7$ и $64,4 \pm 2,9$ баллов соответственно ($p < 0,01$), но все равно находились в пределах нормальных значений опросника MOS SF-36.

Отмечаем, что изучение динамики улучшения показателей КЖ показали, что после герниопластики по TAPP в сравнении с другими методами (Lichtenstein, PHS) они достигают максимальных значений уже к исходу 3–4 мес. после операции, тогда как после применения методики PHS – через 6–8 мес., а после Lichtenstein – через 8–12 мес.

Поскольку характер выполненного оперативного вмешательства, а именно степень травматизации тканей в паховой области и определяет выраженность показателей КЖ, то обоснованно ожидать связь показателей динамики качества жизни с особенностями оперативной техники герниопластики [2].

Изучение корреляционной связи улучшения динамики показателей КЖ с методами герниопластики, установило, что степень ассоциации показателей КЖ по всем шкалам имеет существенную статистически значимую связь с характером операции: величина коэффициента корреляции оказалась максимальной ($r_{xy} = +0,801 \pm 0,009$; $p < 0,001$) у пациентов после герниопластики по TAPP и менее значимая ($r_{xy} = +0,522 \pm 0,01$; $p < 0,001$) по методики PHS и Lichtenstein ($r_{xy} = +0,522 \pm 0,01$; $p < 0,001$). Таким образом, можно сделать вывод, что более ранняя реабилитации пациентов по показателям КЖ после TAPP обусловлена меньшей степенью травматизации тканей в паховой области.

Заключение

Опыт герниопластики паховых грыж, выполненных амбулаторно в условиях «стационара одного дня» показывает, что частота ранних осложнений после открытых (по Lichtenstein, с системой PHS) и лапароскопических (TAPP) операций при грыжах паховой локализации различаются, при этом после применения методики TAPP они встречаются в 4 раза реже, чем после вмешательств по Lichtenstein и в 2,6- с PHS ($p < 0,05$).

Частота рецидивов также возникла реже после TAPP вмешательств в 3,7 раза, чем после Lichtenstein и в 1,9- с PHS ($p < 0,05$).

Мы отмечаем, что у всех пациентов, перенесших герниопластику, качество жизни в отдаленном послеоперационном периоде, независимо от выбранного метода грыжесечения (Lichtenstein, TAPP, PHS), остается высоким. В ходе проведенного исследования выявлены достоверно более высокие показатели КЖ у пациентов после герниопластики паховых грыж с использованием лапароскопических технологий (TAPP) ($p < 0,01$).

Мы также отмечаем, что с учетом социального фактора (опасность на длительный срок оказаться нетрудоспособными, а в ряде случаев и потерять работу), лапароскопические технологии в стационар-замещающих условиях показаны прежде всего лицам трудоспособного возраста, поскольку этот контингент больных, как правило, ограничен во времени и нуждается в полной и максимально быстрой реабилитации, включая готовность к тяжелой физической работе, при этом такие технологии имеют несомненные и безоговорочные преимущества при двусторонних грыжах паховой локализации, а также при наличии сопутствующей интраабдоминальной патологии, требующей выполнения симультанной операции. Но для безопасного выполнения операций с применением лапароскопической техники необходим достаточно большой опыт у хирургической бригады и адекватное техническое оснащение операционной.

Операции Lichtenstein и с применением системы PHS технически значительно проще ТАРР, практически доступны любому подготовленному общему хирургу, не требуют специального оборудования и общего обезболивания. В связи с этим, их можно применять практически при всех видах паховых грыж, однако наиболее целесообразно использовать у лиц не работающих или пожилого возраста, имеющих, как правило, тяжелые сопутствующие заболевания; у работающих больных трудоспособного возраста при наличии противопоказаний к способам герниопластики с применением лапароскопической техники; при отсутствии оборудования для ТАРР герниопластики и достаточного опыта выполнения эндоскопических вмешательств

Список литературы

1. **Айтекова Ф. М.-П.** Влияние методов грыжесечения на качество жизни и репродуктивную функцию у больных с паховыми грыжами: дис. .. на соиск.учен.степ. канд.мед.наук:специальность 14.00.17 «Хирургия»/ Айтекова Фатима Махмуд – Пашаевна; [Дагестанская государственная медицинская академия].-Махачкала.-2015:144с.:ил.
2. **Аскерханов Г.Р., Айтекова Ф.М.-П.** Влияние различных способов герниопластики на качество жизни и фертильность пациентов // Новости хирургии.2014.Т.22,№5.С.538-546.
3. **Баулин В. А.** Пути улучшения результатов лечения паховых грыж у мужчин// Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. 2011. № 3 (19). С. 49-56.
4. **Белоконев В.И.** Патогенез паховой грыжи и обоснованность применения ненапряжных способов пластики при ее лечении// Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 2008. № 3. С. 49-54.
5. **Гогия Б.Ш., Адамян А.А.** Использование проленовой системы (Prolene Hernia System) для пластики паховых грыж //Хирургия.2002. №4.С.65-68.
6. **Жданов А.И.** Хирургическое лечение грыж в стационаре кратковременного круглосуточного пребывания при поликлинике/ А. И Жданов [и др.]// Материалы V съезда амбулаторных хирургов Российской Федерации. 14-15 апреля 2016 г. СПб., Агентство «ВиТ-принт», 2016.С.44-45.
7. **Жебровский В.В.** Хирургия грыж живота. М.: МИА, 2005. 400 с.
8. **Киреев А.А., Алишихов Ш.А., Богданов Д.Ю.** Непосредственные и отдаленные результаты паховых аллогерниопластик // Альманах ин-та хирургии им. А.В. Вишневого.2010.Т.5.№1.С.157-158.
9. **Куликов Л.К.** Качество жизни у пациентов, оперированных по поводу послеоперационных вентральных грыж / Куликов Л.К. [и др.]// Новости Хирургии. 2014.№22(3). С.286-95.
10. **Милюков В. Е., Кисленко А. М.** Профилактика некоторых послеоперационных осложнений при паховой герниопластике традиционными способами методом интраоперационной верификации и сохранения нервного аппарата паховой области // Анналы хирургии. 2005.№ 4. С. 66-71.
11. **Никольский В.И.** Изучение качества жизни пациентов после протезирующей герниопластики/ В.И. Никольский [и др.]//Новости хирургии.2016. Том 24.№ 1.С.19-25.
12. **Новик А. А., Ионова Т.И.** Руководство по исследованию качества жизни в медицине / под ред. Ю.Л. Шевченко. 2-изд. М. : ОЛМА Медиа Групп, 2007. 320 с.
13. **Пискунов А.С.** Выбор операции у больных с паховыми грыжами с учетом дисплазии соединительной ткани: автореф.канд.мед.наук. Пермь. 2011. 26с.
14. **Полубкова Г.Н. Лепехина М.А., Щербаков В.Е.** Сравнительная оценка отдаленных результатов лечения больных с паховыми грыжами при различных способах пластики // Материалы XI конференция «Актуальные вопросы герниологии». М., 2014. С.93-96.
15. **Полынский А.А., Козловская А.В., Кречко А.С.** Качество жизни и отдаленные результаты хирургического лечения пациентов рецидивными паховыми грыжами // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2015. №4. С.30-32.
16. **Стебунов С.С.** Результаты применения лапароскопической герниопластики // Альманах ин-та хирургии им. А.В. Вишневого. 2010. Т.5.№1. С.158.
17. **Хачмамук Ф.К.** Ранние послеоперационные осложнения после различных видов ненапряжной герниопластики/ Ф.К. Хачмамук [и др.] // Материалы IV Съезда амбулаторных хирургов РФ// Амбулаторная хирургия. 2011. № 3-4 (43-44). С.195-196.
18. **Чайкин Д.А.** Выбор тактики хирургического лечения больных паховыми грыжами (экспериментально-клиническое исследование):дис. .. на соиск.учен.степ. канд.мед.наук:специальность «Хирургия»/Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого. Красноярск. 2015. 139с. ил.
19. **Agresta F, Torchiario M., Tordin C.** Laparoscopic transabdominal inguinal hernia repair in community hospital settings: a general surgeon's last 10 years experience // Hernia. 2014. Vol.18, №5. P.745-750.
20. **Bachman S.** The effect of mesh type and fixation on migration and contraction in the early postoperative period / S. Bachman [et al.] Hernia 2009. V. 1(13).P. 53.
21. **Kapiris S. A.** Laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP) hernia repair. A 7-year two-center experience in 3017 patients / S. A. Kapiris [et al.]// Surg. Endosc. 2001. V. 15. P. 972-975.
22. **Nyhus L.M., Condon R.E.** Hernia // J.B. Lipponcott Company. Philadelphia, 1995. 615 p.
23. **Ruhl C.E., Everhart J.E.** Risk Factors for Inguinal Hernia among Adults in the US Population // II Am. J. Epidemiol. 2007. Vol. 165. №10. P. 1154-1161.
24. **Sandbichler P.** Laparoscopic repair of recurrent inguinal hernias / P. Sandbichler [et al.] // Am J Surg. 1996. V. 171. 3. P.366-368.
25. **Stanwix M.G.** Abdominal ventral hernia repair with current biological prostheses: an experimental large animal model / M.G. Stanwix [et al.]// Ann Plast Surg. 2011. Apr. V.66(4)/ P.403-409.
26. **Vries Reilingh T. S.** Repair of large midline incisional hernias with polypropylene mesh: comparison of three operative techniques / T. S. Vries Reilingh [et al.] // Hernia. 2004. Vol. 8, № 1. P.56-59.

CHOOSING THE METHOD OF INGUINAL HERNIA ALLOHERNIAPLASTY IN AMBULATORY SURGERY

N. N. LEBEDEV, A. N. SHIKHMETOV, N. V. RYAZANOV, A. K. MARTYNOV,
A. M. ZADIKYAN, V. E. KLEIN

Industrial clininikal-diagnostik centre of PAO «Gazprom», Moscow

Information about the authors:

Lebedev Nikolay Nikolayevich – Industrial clininikal-diagnostik centre of PAO «Gazprom», chief physician, doctor of medical Sciences, professor, Russia, Moscow, e-mail: lebenikn@medgaz.gazprom.ru

Shikhmetov Alexander Nizameddinovich – Industrial clininikal-diagnostik centre of PAO «Gazprom», deputy chief physician, the candidate of medical Sciences, e-mail: shikhmetov@gmail.com; shikalen@medgaz.gazprom.ru

Ryazanov Nikolay Vasilievich – Industrial clininikal-diagnostik centre of PAO «Gazprom», Head of the surgical Department, e-mail: martandk@medgaz.gazprom.ru, Russia, Moscow

Martynov Andrey Konstantinovich – Industrial clininikal-diagnostik centre of PAO «Gazprom», the candidate of medical Sciences, surgeon, e-mail: martandk@medgaz.gazprom.ru, Russia, Moscow

Zadikyan Albert Misakovich – Industrial clininikal-diagnostik centre of PAO «Gazprom», the candidate of medical Sciences, the head of the clinic of high medical technologies, e-mail: zadiabm@medgaz.gazprom.ru, Russia, Moscow

Klein Viacheslav Evgenievich – Industrial clininikal-diagnostik centre of PAO «Gazprom», the candidate of medical Sciences, surgeon, e-mail: kleivya@medgaz.gazprom.ru, Russia, Moscow

The authors have analyzed the results of treatment of 310 patients with inguinal hernias using different methods (TAPP, Lichtenstein and applying PHS system) in hospitalization replacement environment and based on the health status survey MOS SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form-36) of 220 patients after the surgery. The best results on post-surgery complications (TAPP – 3,3%, Lichtenstein – 12%, PHS – 8,7%), on treatment efficacy – relapse rate (TAPP – 0,67%, Lichtenstein – 2,5%, PHS – 1,257%), on recovery time were obtained when using the TAPP methods with laparoscopic technology. The use of TAPP in hospitalization replacement environment is justified, especially with patients of working age, for faster recovery of labor activity. The data obtained demonstrate the high efficiency of the applied methods of inguinal hernia treatment and allow to reasonably recommend their use in hospitalization replacement environment.

Key words: inguinal hernia, hernioplasty, laparoscopic TAPP, Lichtenstein, PHS system, quality of life, MOS SF-36 survey, hospitalization replacement technology.