

**А. А. Голяк, И. О. Игнатчик**  
**ВЫБОР МЕТОДА ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ**  
*Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Н. Е. Николаев,*  
*Кафедра общей хирургии,*  
*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*  
*3 ГКБ им. Клумова, г. Минск*

**Резюме.** *Статья посвящена способам хирургического лечения паховых грыж. Несмотря на множество предложенных методов пластики стенок пахового канала, до настоящего времени нет общепризнанного метода лечения паховой грыжи.*

**Ключевые слова:** *грыжа, герниопластика, паховая грыжа.*

**Resume.** *The article is dedicated to surgical techniques for managing hernias. Though numerous techniques have been proposed for the inguinal canal walls plasty no generally recognized method for managing hernia is known.*

**Keywords:** *hernia, hernioplasty, inguinal hernia.*

**Актуальность.** Среди всех грыж брюшной стенки наиболее часто встречаются паховые грыжи. Число больных с паховыми грыжами составляют 5-7% населения земного шара. Основным способом лечения паховых грыж является хирургическое вмешательство. В настоящее время предложено более 300 методик герниопластики паховых грыж. Несмотря на это проблема выбора безрецидивного способа хирургического лечения не решена.

**Цель.** Оценка результатов различных методов герниопластики.

**Задачи:**

1. Проанализировать результаты наблюдений зарубежных, отечественных авторов, а также собственные данные по выбору способа герниопластики паховых грыж.
2. Оценить выбор способа герниопластики при операциях по поводу паховых грыж на базе 3 ГКБ.

**Материал и методы.** Изучено 114 медицинских карт стационарных пациентов хирургического отделения УЗ «3 ГКБ», прооперированных по поводу паховых грыж за 2013-2014 гг.

**Результаты и их обсуждение.** Выделяют несколько способов герниопластики: открытые (натяжные и ненатяжные) и лапароскопические. Натяжные пластики подразделяются на 2 вида: одна направлена на укрепление передней стенки пахового канала, другая – задней. Из способов герниопластики направленных на укрепление передней стенки пахового канала наиболее широкое применение нашла пластика Жирара-Спасокукоцкого со швом Кимбаровского. Как показал опыт, после укрепления передней стенки пахового канала рецидивы

составляли 23-35 %.

При дальнейшем изучении причин рецидивов грыжи было установлено, что в паховой грыже слабым местом является глубокое паховое кольцо либо атрофичная поперечная фасция.

В 1889г. E Bassini предложил метод хирургического лечения паховой грыжи, заключающийся в укреплении задней стенки пахового канала за счет внутренней и поперечной мышц живота под семенным канатиком[7].

Позже установлено, что пластика Bassini выполняется с натяжением и также приводит к высокой частоте рецидивов грыжи( 5-14%)[1].

Для укрепления задней стенки P.E. Postempski (1887г.) предложил вместе с мышцей подшивать к паховой связке и верхний листок апоневроза с перемещением семенного канатика под кожно-жировой лоскут. Операция не нашла широкого применения, как нефизиологичная и дающая частые рецидивы (17-20%)[5].

В 40-е годы 20 в. была предложена 4-хслойная пластика по E.E. Shouldice[10]. Это метод получил большое применение благодаря низкому уровню рецидивов (1%)[4]. В течение 50 лет в Германии и США этот метод считался «золотым» стандартом герниопластики. Однако при изучении отдаленных результатов (через 3 года) рецидивы составляли 3 %, а через 15-20 лет 15%. Из-за высокой сложности этот метод не получил широкого применения.

В 1986г. Американским хирургом I.L.Lichtenshtein разработан и опробирован способ лечения паховых грыж по новой методике «tension free», без натяжения[8]. Пластика пахового канала по способу I.L.Lichtenshtein с использованием полипропиленовых сетчатых эндопротезов характеризуется стабильной низкой частотой рецидивов и осложнений[2].

В настоящее время также внедряется в практику эндолапароскопическая герниопластика. Недостатками этого метода являются сложность методики, дороговизна оборудования, возможность возникновения опасных осложнений.

Neumaier, сравнивая результаты двухлетнего наблюдения, отметил, что рецидивы после операции по I.L.Lichtenshtein составляют 4,9%, а после лапароскопической пластики 10,1%[9]. Популярный среди хирургов полипропилен не лишен недостатков. Установлено, что с течением времени он теряет прочность и подвергается резорбции.

Нами проведено исследование 114 медицинских карт стационарного пациента хирургического отделения 3 ГКБ, прооперированных в 2013-2014гг по поводу приобретенных вправимых паховых грыж. Из них 106(93%) мужчин, 8(7%) женщин. Возраст пациентов от 17 до 88 лет. Средний возраст пациентов составил 55,9 лет.

Пациенты разделены на 5 возрастных групп. Возрастная группа до 30 лет составила 8%, от 31 до 40 лет 8%, 41-50 – 10%, 51-60 – 15%, старше 60 лет 59%.

Косые паховые грыжи составили 64%, прямые – 36%.

Натяжные способы пластики использовались в 79,8% случаев, из них укрепление задней стенки пахового канала проводилось в 73,7% случаев (по Бассини, Постемскому, Шоулдайсу), передней – 6,1% случаев (по Жирану). Ненатяжные методы использовались в 20,2% случаев (операция I. L. Lichtenstein).

**Таблица 1.** Способы герниопластики применяемые в ЗГКБ.

По Бассини	64(56,2%)
По Лихтенштейну	22(19,4%)
По методу клиники	9(7,9%)
По Жирану	7(6,2%)
По Постемскому	5(4,4%)
Desarda	3(2,7%)
По Шоулдайсу	1(0,9%)
По Крымову	1(0,9%)
По Кукуджанову	1(0,9%)

Преимущественно применялись способы по Бассини, Лихтенштейну. Реже – по методу клиники и по Жирану-Спасокукоцкому.

**Таблица 2.** Способы герниопластики у пациентов разных возрастных групп в ЗГКБ.

Способ	< 30 лет	31-40 лет	41-50 лет	51-60 лет	> 60 лет
по Бассини	4(3,5%)	7(6,1%)	7(6,1%)	9(7,9%)	37(32,5%)
по Жирану	2(1,8%)		2(1,8%)		3(2,6%)
по Лихтенштейну	2(1,8%)		1(0,9%)	5(4,3%)	14(12,2%)
по Крымову				1(0,9%)	
по Шоулдайсу					1(0,9%)
по Постемскому					5(4,3%)
по Кукуджанову	1(0,9%)				
метод клиники		1(0,9%)	2(1,8%)	2(1,8%)	4(3,5%)
Desarda		1(0,9%)			2(1,8%)
всего	9(8%)	9(8%)	12(10%)	17(15%)	67(59%)

Во всех возрастных группах при пластике паховых грыж наиболее часто применяется метод по E. Bassini и Лихтенштейну.

Известные герниологи (Т.К.Калантаров, Ю.А. Нестеренко, С.А.Сайгулаев и др.) рекомендуют следующие способы герниопластики: пациентам до 30 лет показана пластика задней стенки пахового канала (по Бассини), лицам 30-50 лет показана пластика по Шоулдайсу, Кукуджанову; пациентам старше 50 лет по Лихтенштейну.

**Выводы.** Хирург должен владеть несколькими методами герниопластики, чтобы выбрать оптимальный способ пластики в зависимости от степени деструкции тканей пахового канала, возраста и состояния пациента.

***A. A. Golyak, I. O. Ignatchik***  
**THE CHOICE OF METHOD HERNIOPLASTY INGUINAL HERNIA**  
***Tutor Associate professor N. E. Nicolaev,***  
***Department of General surgery,***  
***Belarusion State Medical University, Minsk***  
***3<sup>rd</sup> Klumov Clinical Hospital, Minsk***

**Литература**

1. Хирургия / А. В. Алекберзаде, Е. И. Калюжная, Е. М. Липницкий, Г. Н. Карчагин.– 2009.– №11. – 34 с.
2. Егиев, В. Н. Герниопластика / В. Н. Егиев, С. Н. Шурыгин, Д. В. Чижов // Хирургия.– 2012. – №10. – С. 30-34.
3. Паховая грыжа / Т. К. Калантаров, А. Е. Новосельцев, Г. В. Вакулин [и др.]– Тверь, 2008. – 302 с.
4. Магомадов Р.Х., Раннев И.Б., Кутин А.А. и др.// Хирургия.– 2008.– № 5 – С. 60-64.
5. Нестеренко Ю.А., Сайбулаев С.А. //Хирургия.– 2008.– №12.– С. 35-39.
6. Новиков К.В. Новые подходы к хирургическому лечению паховых грыж: Автореф. дис. ... докт.мед.наук. – СПб.,2003.
7. Bassini E. Nuovo metodo per la cura radicale dell'ernia inguinale.– Padua, 1889.
8. Lichtenstein I.L.// Contemp. Surg.– 1992.– Vol.35.– P. 13-18.
9. . Neumayer I, Giobbic-Hurder A., Sonasson O., et al.// N. Engl. J. Med.– 2004.– Vol.350.– 1819-1827.
10. Shouldice E.E. // Ontario Med. Rev.– 1945.– Vol. 11.– P. 43-48.