

**Лымарь Юлиан Юрьевич,**  
Центр Молекулярной Диагностики-Федеральное бюджетное учреждение науки «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Рязанский филиал, г. Рязань

**Ставцев Максим Леонидович,**  
кандидат медицинских наук, ассистент, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации г. Рязань

**Супряга Анна Анатольевна,**  
кандидат медицинских наук, ассистент, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации г. Рязань

**Юдин Владимир Александрович,**  
доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации г. Рязань

## АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ РАЗЛИЧНЫМИ МЕТОДАМИ ГЕРНИОПЛАСТИКИ

**Аннотация:** Проблемы хирургического лечения паховых грыж остаются актуальными в связи с сохраняющимся риском рецидивирования и осложнений. Несмотря на продолжающееся совершенствование методик оперативного вмешательства при данной патологии, их возникновение продолжает негативно сказываться на психологическом и физическом состоянии пациентов, а также повышает экономическую нагрузку на здравоохранение.

**Ключевые слова:** грыжа, грыжесечение, метод Бассини, метод Десарда, метод по Лихтенштейну.

Согласно общепринятой терминологии, грыжами живота называют выхождения покрытых брюшиной внутренних органов брюшной полости через естественные или искусственные отверстия брюшной стенки, тазового дна или диафрагмы под наружные покровы тела или в другую полость [1]. Это чрезвычайно распространенная патология, охватывающая до 7% населения. Такая встречаемость закономерно отражается на структуре хирургических заболеваний: грыжи занимает до 24% от всех хирургических патологий [2].



Наиболее часто для оперативного лечения в отделения хирургического профиля поступают пациенты с паховыми грыжами. По разным оценкам оперативные пособия по поводу данной патологии составляют до 75% среди всех грыжесечений [3]. Паховые грыжи – одна из разновидностей грыж живота, при которой покрытые брюшиной органы брюшной полости выходят за ее пределы в паховый канал. Наиболее часто грыженосителями становятся мужчины (73,5% от всех случаев). Это обусловлено особенностями анатомического строения их пахового треугольника: поверхностное и глубокое паховые кольца расположены относительно близко друг к другу, формируя короткий и широкий ход пахового канала [4]. Кроме того, для мужской части населения более характерен тяжелый физический труд, как фактор риска, повышающий внутрибрюшное давление.

История современной герниологии началась в конце XIX века с работ выдающегося итальянского хирурга E. Bassini. Он предложил метод натяжной герниопластики, предполагающий аутоканальный процесс укрепления задней стенки пахового канала. Однако ряд исследователей, в том числе A.B. Thule, Н.И. Кукуджанов, J.D. Corbitt, отмечали ряд существенных недостатков метода: риск хронизации боли, большой процент рецидивов, высокую вероятность сдавления и повреждения сосудисто-нервных образований и семенного канатика. Непрекращающиеся поиски нового способа укрепления пахового канала привели к развитию методик герниопластики с использованием сетчатых эндопротезов.

I.L. Lichtenstein, R.E. Stoppa, J. Rives, Н.З. Монакова и др. разрабатывали модификации герниопластики с помощью «сетки» через внебрюшинный доступ, а L.W. Popp, R. Ger, L. Schultz, А.Д. Тимошин и О.Э. Луцевич – посредством лапароскопического вмешательства. Но, несмотря на широкое внедрение в практику эндопротезных техник (в частности по Лихтенштейну), рецидив паховой грыжи продолжает случаться после оперативного лечения у 10-12,5% пациентов. Причем риск повторного рецидива значительно повышается и диагностируется в последствии почти в каждом втором случае [5].

Безусловно, широкое распространение сетчатых эндопротезов в лечении паховых грыж значительно снизило количество рецидивов (ранее они возникали не менее, чем у четверти больных) [6], но неправильно подобранный размер «сетки», особенности ее материала и нарушение техники фиксации продолжают им способствовать. Кроме того, присутствие в анамнезе пациента склонности к образованию рубцовой ткани, индивидуальная непереносимость материалов эндопротеза, наличие осложненной грыжи (в первую очередь ее ущемления) будут противопоказанием к такому виду герниопластики. Также ограничить ее применения могут отсутствие нужных расходных материалов и опыта хирурга. Все эти факторы влияют на риск рецидивирования [7, 8].

Не менее значимой остается проблема послеоперационных осложнений. В своих научных трудах M.E. Arregui, D. Kingsley, J.P. Engbang, J. Szopinski и др. отмечают значительное количество осложнений в послеоперационном периоде при использовании эндопротезирования, что отчасти связано с наличием инородного тела в ране. Наиболее часто диагностируются гематомы, серомы, отек мошонки, гнойный процесс, фуникулит, отторжение имплантата, хронический болевой синдром и, значимо реже – спланхноптоз. Особую категорию занимают травмы и сдавления семенного канатика и нервно-сосудистого пучка яичка. Такая ситуация может развиваться и ятрогенно при неадекватном сужении глубокого пахового кольца в ходе эндопротезной герниопластики или миграции «сетки» [9]. В связи с изменением архитектоники тканей наиболее часто послеоперационные осложнения встречаются при рецидивных грыжах, где могут превышать 12%.

Также обращает на себя внимание возможное сокращение площади сетчатого импланта и его миграция со временем. По некоторым данным эндопротез может уменьшать свой размер



до 50% от изначального. Сокращение площади способствует смещению импланта, что, помимо рецидивирования, может приводить к повреждению и сдавлению структур пахового канала и близлежащих к нему областей, о которых говорилось ранее [7, 9].

Таким образом, можно сделать вывод, что применение сетчатых имплантов не решает проблему рецидивирования должным образом. Поэтому, несмотря на широкое внедрение сетчатых эндопротезов в герниопластику, использование методик, основанных на укреплении задней стенки пахового канала и внутреннего пахового кольца аутоканями (в первую очередь метода Десарда), остается актуальным, а во многих случаях приоритетным. Этому вопросу посвящены труды таких исследователей, как S.M. Khatami, J.P. Engbang, J. Szopinski, M.P. Desarda, S.K. Jain и др.

Современная медицина большое значение придает влиянию заболеваний и способов их лечения на психологический и физический статус пациента. Конечно, не вызывает сомнений тот факт, что рецидивы и осложнения паховых грыж не только создают дополнительное экономическое бремя на органы здравоохранения, но и негативно сказываются на качестве жизни пациентов в послеоперационном периоде, снижают уровень доверия населения к медицине и подчеркивают социальную значимость проблемы [10, 11]. Поэтому ведущими показателями эффективности хирургического лечения паховых грыж остаются неосложненное течение послеоперационного периода, минимальный риск рецидивирования и высокий уровень качества жизни пациента, достигнутый в кратчайшие сроки после вмешательства. Таким образом, разработка оптимальных методов герниопластики паховых грыж, а именно способов закрытия пахового канала и укрепления внутреннего пахового кольца, по-прежнему остается актуальной проблемой как плановой, так и экстренной хирургии.

*Список литературы:*

1. Гогия Б.Ш. Новые технологии в герниологии / Б.Ш. Гогия, Р.Р. Аляутдинов. – Текст: непосредственный // *Высокотехнологическая медицина*. – 2017. – Т. 4, № 3. – С. 58-60.
2. Анатомическая клиническая характеристика у больных с паховыми грыжами / Ю.С. Винник, С.И. Петрушко, Ю.А. Назарьянц [и др.]. – Текст: непосредственный // *Кубанский научный медицинский вестник*. – 2013. – № 3 (138). – С. 33-36.
3. Köckerling, F. Spermatic cord lipoma – a review of the literature / Köckerling F., Schug-Pass C. – Text: visual // *Frontiers in Surgery*. – 2020. – Т. 7. – P. 39.
4. Важные аспекты хирургической тактики при ущемленных паховых грыжах / Б.В. Сигуа, С.В. Петров, В.П. Земляной [и др.]. – Текст: непосредственный // *Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого*. – 2017. – № S1. – С. 610-612.
5. Петров А.А. Редкое сочетание абдоминальных грыж и аномалии подвздошных сосудов / А.А. Петров, Г.О. Багатурия. – Текст: непосредственный // *Forcipe*. – 2018. – Т. 1, № 1. – С. 42-48.
6. Акимов В.П. Бесшовная герниопластика при паховых грыжах с применением клеевой композиции / В.П. Акимов, А.М. Волков. – Текст: непосредственный // *Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневого*. – 2017. – № S1. – С. 1561.
7. Ботезату А.А. Способы герниопластики паховых грыж. Их достоинства и недостатки. (Литературный обзор) / А.А. Ботезату, Ю.С. Паскалов, Е.В. Маракуца // *Московский хирургический журнал*. – 2021. – №3. – С. 68-78
8. Сравнительный анализ оперативного лечения рецидивной паховой грыжи: использование лапароскопической герниопластики и методики Лихтенштейна / Г. Топурия, Э.Э. Топузев, М.А. Абдулаев, А.М. Авдеев. – Текст: непосредственный // *Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова*. – 2016. – Т.8, №3. – С. 36-41.



9. Влияние пахового грыженосительства на гемодинамику в тестикулах у герниологических больных / А.П. Поветкин, А.И. Черепанин, Л.П. Довгая [и др.]. – Текст: непосредственный // Актуальные вопросы герниологии: материалы конференции. – Москва, 2012. – С. 165-167.

10. Топурия Г. Выбор метода герниопластики при развитии рецидива после удаления паховой грыжи с использованием сетчатого аллотрансплантата / Г. Топурия, Э.Э. Топузов, М.А. Абдулаев. – Текст: непосредственный // Успехи современной науки и образования. – 2016. – Т. 6, №10. – С. 131-137.

11. Акимов В.П. Аатравматичная пластика паховых грыж / В.П. Акимов, А.М. Волков. – Текст: непосредственный // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. – 2018. – № 1. – С. 179-180.

