

**И.М.Хошимов, Х.Т.Мусашайхов, Э.А.Василевский, Э.И.Усмонов**  
**Андижанский государственный медицинский институт**  
**Андижан, Узбекистан**

---

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ МОДИФИЦИРОВАННОЙ И КЛАССИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ**

**Аннотация:** Авторами предложен модифицированный способ герниопластики по методу Лихтенштейна при паховых грыжах. Клинический результат оценен у 23 прооперированными по поводу паховых грыж (основная группа). В контрольную группу вошли 27 пациентов, оперированных по классическому способу Лихтенштейна. Обе группы сопоставимы по возрасту, сроку грыженосительства и наличию сопутствующих заболеваний. Результаты лечения в обеих группах сравнивались по наличию гематом, индурации, болевого синдрома, развитию рецидива в течение 3 лет после операции. В контрольной группе среди пациентов с III степенью расширения внутреннего пахового кольца был диагностирован 1 рецидив. По интенсивности и длительности болевого синдрома в послеоперационный период, продолжительности операции, послеоперационному койко-дню результаты в обеих группах были сходными.

**Ключевые слова:** Паховая грыжа, аллопластика, способ Лихтенштейна, сетчатый эндопротез.

---

## **LIXTENSHTEYNGA KO'RA INGUINAL CHURRALARNING O'ZGARTIRILGAN VA KLASSIK GERNIOPLASTIKASI NATIJALARINI QIYOSLI TAHLILI.**

**I.M.Xoshimov, X.T.Musashayxov, E.A.Vasilevskiy, E.I.Usmonov**

**Andijon davlat tibbiyot instituti**

**Andijon, O'zbekiston**

**Izoh:** Mualliflar inguinal churralar uchun Lixtenshteyn usuli yordamida hernioplastikaning o'zgartirilgan usulini taklif qilishdi. Klinik natija inguinal churra (asosiy guruh) uchun operatsiya qilingan 23 bemorda baholandi. Nazorat guruhiga klassik Lixtenshteyn usuli bo'yicha operatsiya qilingan 27 bemor kirdi. Ikkala guruh ham yoshi, churrani tashish davri va birga keladigan kasalliklarning mavjudligi bilan taqqoslanadi. Ikkala guruhdagi davolanish natijalari gematomalarning mavjudligi, induratsiya, og'riq va operatsiyadan keyingi 3 yil ichida relapsning rivojlanishi nuqtai nazaridan taqqoslandi. Nazorat guruhida ichki inguinal halqaning III darajali kengayishi bo'lgan bemorlar orasida 1 ta relaps tashxisi qo'yilgan. Operatsiyadan keyingi davrda og'riqning intensivligi va davomiyligi, operatsiya davomiyligi va operatsiyadan keyingi yotoq kuni bo'yicha ikkala guruhda ham natijalar o'xshash edi.

**Kalit so'zlar:** Inguinal churra, alloplastika, Lixtenshteyn usuli, to'rli endoprotez.

---

**COMPARATIVE ANALYSIS OF THE RESULTS OF MODIFIED AND CLASSICAL HERNIOPLASTY OF INGUINAL HERNIA ACCORDING TO LIECHTENSTEIN**

**Annotation:** The authors proposed a modified method of hernioplasty using the Lichtenstein method for inguinal hernias. The clinical outcome was assessed in 23 patients operated on for inguinal hernias (main group). The control group included 27 patients operated on according to the classical Lichtenstein method. Both groups are comparable in age, period of hernia carriage and the presence of concomitant diseases. The results of treatment in both groups were compared in terms of the presence of hematomas, induration, pain, and the development of relapse within 3 years after surgery. In the control group, among patients with degree III expansion of the internal inguinal ring, 1 relapse was diagnosed. In terms of intensity and duration of pain in the postoperative period, duration of surgery, and postoperative bed-day, the results in both groups were similar.

**Key words:** Inguinal hernia, alloplasty, Lichtenstein method, mesh endoprosthesis.

---

**Актуальность проблемы.**

Герниология является одной из наиболее динамично развивающихся областей хирургии. Проблема паховой грыжи имеет большую медико-социальную значимость. Паховая грыжа является довольно часто встречаемой патологией, наблюдается у 3-7% трудоспособного мужского населения. Грыжесечение – наиболее часто выполняемое плановое оперативное вмешательство в абдоминальной хирургии. При этом классическое хирургическое лечение сопровождается высоким процентом рецидивов, длительными сроками временной нетрудоспособности и в свою очередь значительными расходами [1,2]. Пик заболеваемости наблюдается в дошкольном возрасте и у лиц старше 50 лет [5].

Паховые грыжи встречаются у 73,5 % мужчин и у 26,5 % женщин с брахи- и мезоморфным типом телосложения [3]. Ежегодно в мире выполняется более 20 миллионов грыжесечений, что составляет от 10 до 15 % всех оперативных вмешательств на органах брюшной полости и занимает второе место после аппендэктомии [4–7].

По данным ВОЗ, частота рецидива при прямой паховой грыже достигает 10 % [9]. Повторные рецидивы паховых грыж после ранее выполненной пластики пахового канала традиционными способами, по поводу рецидивной грыжи, составляют 25–30 % [8,10]. Каждый год в мире имплантируется более 1 миллиона протезов [10, 11].

Как уже было отмечено, на сегодняшний день операция Лихтенштейна является «золотым» стандартом в лечении паховых грыж во всем мире. Популярность данной методики связана, в первую очередь, с хорошими ближайшими и отдаленными результатами, возможностью проведения данной операции под местной анестезией (как у здоровых, так и соматически ослабленных больных), которая так популярна в зарубежных клиниках и имеет огромное социально-экономическое значение для государства. А также, несомненно, простота методики этой операции [12]. Однако, до настоящего времени не выработан однозначный подход к выбору наиболее оптимальной модификации данной операции, которая минимизировала риск развития ранних и поздних послеоперационных осложнений [13,14].

**Материалы и методы**

Для проведения данного исследования было отобрано 50 больных, которым в период с 2017 по 2022 годы была произведена герниопластика с применением сетчатых эндопротезов. Мы анализировали ближайшие и отдаленные результаты пластики Лихтенштейна (12 пациентов), модификации операции Лихтенштейна (15 пациент) и комбинированной пластики (23 пациента); Комбинированная пластика разработана нами и нигде ранее не применялась. Операция выполняется под местной инфильтрационной или спинномозговой анестезией. Рассечение тканей, выделение и погружение грыжевого мешка осуществляется по общепринятой методике. Суть предложенного нами метода комбинированной пластики заключалась в следующем: внутреннюю и поперечную мышцы вместе с поперечной фасцией подшивают к паховой связке медиальнее семенного канатика, восстанавливая клапанный механизм пахового треугольника, для предупреждения натяжения тканей надкостницу не подхватывают; узловое швы накладывают начиная у внутреннего пахового отверстия до сопоставления мышц с паховой связкой; вновь сформированное внутреннее отверстие должно свободно пропускать указательный палец для исключения ущемления элементов семенного канатика; использование минимального количества аллопластического материала: применение сетки только для укрепления медиальной области пахового промежутка от лонного бугорка до семенного канатика, что снижает время операции и упрощает саму технику; сетку подшивают непрерывным швом полипропиленовой нитью. Первым швом сетку подшивают к лонному бугорку, далее сетку фиксируют к паховой связке до семенного канатика. Затем этой же нитью сетку подшивают к внутренней косой мышце, при этом медиальный край сетки ложится на апоневротическую часть внутренней косой мышцы. У лонного бугорка снова накладывают шов рядом с первым швом и их связывают вместе. Далее этой же нитью поверх сетки край в край у лонного бугорка сшивают апоневроз наружной косой мышцы. Ближе к семенному канатику медиальный край апоневроза наружной косой мышцы подшивают к основанию паховой связки. Нить завязывают у края семенного канатика. То есть, используем всего одну нить для фиксации сетки и сшивания краев апоневроза. Латеральнее семенного канатика апоневроз наружной косой мышцы сшивают край в край; наложение 2 узлов вокруг семенного канатика в разной плоскости позволяет избежать его ущемления в наружном отверстии; апоневроз наружной косой мышцы сшивают край в край над сеткой под семенным канатиком; формирование наружного пахового отверстия: проксимальнее семенного канатика в шов захватывают край апоневроза и основание паховой связки, а латеральнее его апоневроз сшивают край в край.

## **Результаты и обсуждение**

Клинический эффект операции в обеих группах сравнивался по следующим показателям: наличие или отсутствие рецидива, интенсивность и длительность болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде, продолжительность операции, послеоперационный койко-день.

Продолжительность оперативных вмешательств в обеих группах практически не отличалась, время операции в основной группе составило  $46 \pm 6$  мин., в контрольной —  $43 \pm 2$  мин. Болевой синдром после операции пациентами обеих групп оценивался как умеренный. По шкале ВАШ после операции интенсивность боли в обеих группах оценивалась одинаково, в первые сутки — в 4–5 баллов (умеренная), в последующие 2–3 сут. — 3–4 балла (низкая). С целью купирования болевого синдрома после операции назначались НПВС по стандартной схеме. Наркотические анальгетики в раннем послеоперационном периоде не применялись. Все пациенты были выписаны на 5–6 сутки после операции.

В раннем послеоперационном периоде мы выявили такие осложнения, как послеоперационная гематома, серома послеоперационной раны и мошонки, нагноение послеоперационной раны, инфильтрат послеоперационной раны, отек мошонки и яичка, острая задержка мочи.

Оценили выраженность болевого синдрома после операции Лихтенштейна, ее модификации и комбинированной пластики пахового канала.

Интенсивность болевого синдрома в среднем в 2 раза больше после операции Лихтенштейна, что связано с применением узловых швов в данной методике. Уменьшение интенсивности болей во всех подгруппах связано со стиханием воспалительного процесса в области послеоперационной раны.

Большинство пациентов испытывало локальную боль в области послеоперационной раны, тупого тянущего характера разной, степени интенсивности.

Количество пациентов с иррадирующей болью различной; степени интенсивности больше в группе пациентов после операции Лихтенштейна (7,54%) и сопоставимо в двух других группах (2,72% - после модификации операции Лихтенштейна; 3;29% - после комбинированной пластики)

Длительно существующие иррадирующие боли, связаны, на наш взгляд, с применением узловых швов при операции Лихтенштейна (с захватом интрамурально расположенных нервных волокон).

У большинства пациентов гемостаз наступал после первичной санации. УЗИ контроль не давал каких-либо отклонений от нормы.

На седьмые сутки послеоперационного периода имбибиция кожи и подкожной жировой клетчатки наблюдались в том же процентном соотношении.

Количество гематом уменьшалось и было сопоставимо в трех группах пациентов. Они наблюдались в 1,73% после операции Лихтенштейна, в 2,06% и в 1,84% после модификации операции Лихтенштейна и комбинированной пластики соответственно

Через месяц после операции данные осложнения не встречались ни в одной группе.

Имбибиция кожи и подкожной жировой клетчатки сопоставима во всех группах, не зависит от техники операции и является следствием капиллярного кровотечения, которое часто возникает при выделении грыжевого мешка, фиброзно сращенного с окружающими тканями. В подавляющем большинстве случаев (68,36%) эти осложнения наблюдали у пациентов с длительно существующими (более 5 лет) и врожденными, пахомошоночными грыжами.

Гематомы послеоперационной раны сопоставимы во всех трех группах и связаны с недостаточным гемостазом во время операции. Повторные гематомы послеоперационной раны (требовалось 3-4 санации) обусловлены, на наш взгляд, венозным стазом, который является косвенным признаком ущемления семенного канатика во внутреннем паховом кольце (табл.1).

#### **Таблица 1**

**Частота послеоперационных гематом (3 сутки)**

Осложнения	Методики пластики		
	Операция Лихтенштейна n -398	Модификация операции Лихтенштейна n-221	Комбинированная пластика n - 426
Имбибиция кожи и подкожной жировой клетчатки	17,59%	14,93%	15,73%
Гематома	3,77%	4,07%	3,76%
Всего	21,36%	19%	19,48%

Серомы послеоперационной раны у пациентов с комбинированной пластикой пахового канала: возникают в среднем в 3 раза реже (2,58%), чем после операции Лихтенштейна (9,55%) и в 2 раза, чем после модификации операции Лихтенштейна (6,79%), что связано с наличием плотных структур над и под эндопротезом (табл.2).

**Таблица 2**

**Частота возникновения сером (3 сутки)**

Осложнения	Методики пластики		
	Операция Лихтенштейна n -12	Модификация операции Лихтенштейна n-15	Комбинированная пластика n - 23
Серома	4,77%	3,62%	1,42%

Пациенты обеих групп были осмотрены в разные сроки после операции. Все пациенты в обязательном порядке осматривались перед выпиской.

Через 1 месяц после операции пациенты приглашались на контрольный осмотр.

Всего было опрошено 71% пациентов основной группы и 74% пациентов контрольной группы. Рецидивов в этот период после операции не было.

Основным вопросом изучения было наличие или отсутствие рецидива в срок от 1 года до 3 лет после операции. Рецидивов грыж у оперированных пациентов основной группы в период наблюдения не было. В контрольной группе у одного пациента через год после операции был диагностирован рецидив паховой грыжи.

**Заключение**

Предложенный нами модифицированный способ герниопластика паховых грыж по способу Лихтенштейну является эффективным и безопасным методом лечения, который имеет ряд преимуществ перед классической техникой, таких как снижение частоты рецидивов, уменьшение травматичности, более быстрое восстановление больных. В результате модифицированная герниопластика паховых грыж по Лихтенштейну позволяет улучшить качество жизни пациентов и повысить эффективность хирургического лечения. Данный метод может быть рекомендован для широкого применения в хирургической практике.

### **.Литература**

1. Винник Ю. С. Оперативное лечение грыж передней брюшной стенки. — Красноярск. — 2011. — 260 с.
2. Абдурахманов Ю. Х. Качество жизни больных послеоперационной вентральной грыжей в отдаленном периоде // Хирургия им. Н. И. Пирогова. – 2010. – № 7. – С. 32–36.
3. Власов В. В. Антропометрическое исследование больных с паховой грыжей, оперированных после предбрюшинной аллопластики / В. В. Власов, И. В. Бабий // Материалы междунар. конф. Трудные грыжи. — М. — 2012. — С. 24–25.
4. Даценко Б. М. Особенности аллогернио-пластики послеоперационных вентральных грыж в первично инфицированных тканях / Б. М. Даценко, Е. В. Кутепова, А. П. Захарчук // Международный медицинский журнал. — 2006. — № 4. — С. 76–81.
5. Ермолов А. С. О современной классификации послеоперационных грыж живота // Герниология. — 2006. — № 3. — Т. 11. — С. 16–17.
6. Мясников А. Д. Герниология для врачей общехирургически стационаров / А. Д. Мясников, С. А. Колесников. — Белгород: [б.и.]. — 2005. — 348 с.
7. Nakeem A. Inguinodynia following Lichtenstein tension — free hernia repair: A review / A. Nakeem, V. Shanmugam // World J. Gastroenterol. — 2011. — Vol. 17. — No. 14. — P. 1791–1796.
8. Щербатых А. В. Сравнение эффективности различных способов хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж / А. В. Щербатых, С. В. Соколова, К. В. Шевченко // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. — 2012. — Т. 5. — № 1. — С. 80–82.
9. Ждановский В. В. Лечение паховых грыж: поиск оптимальных путей решения проблемы / В. В. Ждановский, В. Г. Шаляпин, Н. И. Понамарев [и др.] // Герниология. — 2007. — № 4 (16). — С. 31–34.
10. Жуковский В. А. Полимерные эндопротезы для герниопластики. — СПб. — Эскулап. — 2011. — 104 с.

11. Курдо С. А. Опыт применения различных аллопластических методик в лечении паховых грыж / С. А. Курдо, В. А. Иванюгин, П. П. Ким [и др.] // Матер. XI съезда хирургов Российской Федерации. — Волгоград. — 2011. — С. 193–194.
12. Rutkow I. M. Demographic and socioeconomic aspects of hernia repair in the United States in 2003 // Surg. Clin. North. Am. — 2003. — Vol. 83. — No. 5. — P. 1045–1051.
13. Yang J. Laparoscopic or Lichtenstein repair for recurrent inguinal hernia: a meta-analysis of randomized controlled trials / J. Yang, D. N. Tong, J. Yao, W. Chen // ANZ Journal of Surgery. — 2013. — May. — Vol. 83. — No. 5. — P. 312–318.
14. Sevonius D. Recurrent groin hernia surgery / D. Sevonius, U. Gunnarsson, P. Nordin [et al.] // Br. J. Surg. — 2011. — Oct. — Vol. 98. — No. 10. — P. 1489–1494.