

---

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Б.А. Мизаушев, А.Н. Кумышев

Кафедра госпитальной хирургии  
Медицинский факультет

Кабардино-Балкарский государственный университет  
*ул. Чернышевского, 173, Нальчик, 360004*

Оперированы 2958 больных с паховыми грыжами. Мужчин было 2720 (91,95%), женщин 238 (8,05%). Возраст больных колебался от 18 до 86 лет. Из 2351 больного после натяжной герниопластики рецидив возник у 409 (17,4%). С 2003 по 2010 годы выполнены 607 операции с использованием сетчатых эндопротезов. Рецидив грыжи возник у 16 больных (2,6%). Доказано, что при неполноценной паховой связке угроза рецидива заболевания возрастает в 4,5 раза. Разработана методика реконструкции паховой связки, обеспечивающая надежную герниопластику при рецидивных паховых грыжах.

**Ключевые слова:** рецидивная паховая грыжа, герниопластика натяжная, герниопластика ненатяжная, паховая связка.

Проблема выбора безрецидивного способа хирургического лечения больных с паховыми грыжами остается актуальной и в настоящее время, что обусловлено широким распространением заболевания и преимущественным поражением лиц трудоспособного возраста [6, 7]. Операции по поводу паховых грыж занимают первое место по частоте среди плановых хирургических вмешательств [3, 5]. По литературным данным, в России за год выполняется более 200 тыс. плановых операций по поводу паховых грыж, из них 150 тыс. — традиционными способами [7, 8].

В США из 700 тыс. грыжесечений у 10—15% отмечается возникновение рецидивов, а расходы на их повторное лечение составляет более 28 млн долларов [9]. Рецидивы в нашей практической хирургии возникают после традиционных способов герниопластики у 2—20%, а повторные — у 35—40% пациентов [1, 2, 4].

За последние 40 лет предложено более 50 новых способов грыжесечения, а общее число методов и модификаций устранения паховых грыж превысило 300 способов. Это свидетельствует о продолжающемся поиске новых, более эффективных способов операций и неудовлетворенности хирургов результатами лечения. Возросшие требования к оценке послеоперационной реабилитации пациентов с позиции качества жизни требуют пересмотра требований к предлагаемым способам. Успех хирургического лечения пациентов с рецидивными паховыми грыжами с измененными соотношениями слоев брюшной стенки и пахового канала может быть обеспечен надежным укреплением каркаса брюшной стенки, восстановлением нормальных топографических отношений элементов пахового канала, сохранением трофики мышечно-связочного аппарата; воспроизводимостью эффективной технологии, использованием доступных инертных материалов, экономической выгодой. Нерешенность тактических и технических проблем в хирургии рецидивных паховых грыж определяет актуальность данной проблемы.

**Цель исследования** — повышение эффективности хирургического лечения рецидивных паховых грыж путем внедрения высокоэффективного метода герниопластики с моделированием паховой связки.

**Материал и методы исследования.** В основу данного исследования положены результаты хирургического лечения 2958 больных с паховыми грыжами, находившихся в двух хирургических отделениях г. Нальчика в период с 1985 по 2010 годы. Мужчин было 2720 (91,95%), женщин — 238 (8,05%). Возраст больных колебался от 18 до 86 лет. В период до 2003 года были оперированы 2351 больной, которым осуществлялась герниопластика натяжными методами, т.е. с использованием местных тканей. Рецидив в этой группе больных возник у 409 (17,4%) пациентов. С 2003 по 2010 годы были выполнены 607 операций, которым герниопластика производилась ненатяжными методами, т.е. с использованием сетчатых эндопротезов. Рецидив в этой группе больных отмечен у 16 (2,6%).

Характер первичных оперативных вмешательств, выполненных у больных с натяжной герниопластикой, представлен в табл. 1.

Таблица 1

**Характер первично выполненных оперативных вмешательств  
у больных с натяжной герниопластикой**

Характер оперативных вмешательств	Количество больных	%
Пластика передней стенки пахового канала по Мартынову	374	15,9
Пластика передней стенки пахового канала по Жирару—Спасокукоцкому	315	13,4
Пластика передней стенки пахового канала по Жирару—Спасокукоцкому со швами Кимбаровского	435	18,5
Пластика задней стенки пахового канала по Бассини	830	35,3
Пластика задней стенки пахового канала по Кукуджанову	11	0,5
Пластика с ликвидацией пахового канала по Постемскому	386	16,4
Всего	2351	100,0

Как видно из табл. 1 пластика передней стенки пахового канала в наших исследованиях произведена у 1124 больных. Из них способ Мартынова был применен в 374 (15,9%) случаях, Жирара—Спасокукоцкого — в 315 (13,4%), Жирара—Спасокукоцкого со швами Кимбаровского — у 435 (18,5%). Укрепление задней стенки пахового канала по Бассини выполнили у 830 (35,3%) больных, по Кукуджанову — у 11 (0,5%). Полную ликвидацию пахового канала и пахового промежутка с последующим формированием нового пахового канала и герниопластикой по Постемскому произвели в 386 (16,4%) случаях.

В наших исследованиях обнаружена зависимость заболевания от рода профессиональной деятельности больного. Среди пациентов среднего возраста, являющихся представителями трудоспособного населения, грыженосители, занимающиеся тяжелым физическим трудом, составили 53,8%. Следовательно, тяжелый физический труд является одним из факторов, способствующих грыжеобразованию и рецидиву заболевания.

Продолжительное существование грыжи приводит к необратимым трофическим изменениям: замещению мышц грубоволокнистой и жировой тканью, редукции кровотока, липоматозу, фиброзу и склерозу в тканях пахового канала, атрофии мышц живота, нарушению топографо-анатомического взаимоотношения и функционального состояния паховой области. Соответственно, чем дольше существует

грыжа, тем более глубокие морфологические изменения она вызывает в паховом канале, и возрастает вероятность возникновения рецидивов в послеоперационном периоде.

В наших наблюдениях мы уделяли внимание длительности существования грыжевого анамнеза, т.е. промежутку времени от момента возникновения грыжи до обращения в стационар за специализированной помощью. Наибольшая обращаемость пациентов за медицинской помощью прослеживалась в течение первых 5 лет с момента появления грыжи — это составило 81,3% от общего числа грыженоносителей, с увеличением длительности существования грыжевого анамнеза количество обращений значительно снижается: 6—10 лет — 9,3%, 11—20 лет — 6,5%, 21 год и более — 2,9%. При этом, по данным опроса, большинству больных, давность заболевания которых составила 10 лет и более, ранее было отказано в оперативном лечении из-за наличия сопутствующих заболеваний, повышающих операционный риск.

Из 409 больных с рецидивными паховыми грыжами после герниопластики местными тканями оперированы 286 (69,9%) пациентов. Это был период до 2003 года, когда и первичные и повторные операции по поводу паховых грыж мы оперировали только натяжными методами. В результате из 286 больных, оперированных после первого рецидива болезни, второй рецидив заболевания наступил у 68 (23,8%).

С 2003 года мы стали внедрять ненатяжные методы герниопластики и до 2010 года выполнили 607 операции. Рецидив грыжи в этой группе больных составил 2,6%, т.е. по сравнению с натяжными методами он уменьшился в 6,7 раз. Вместе с тем, оперируя больных со вторыми и третьими рецидивами паховых грыж, мы столкнулись с ситуацией, когда после этих вмешательств и разных методов пластик у больных наступает истончение, разволокнение, деформация паховой связки, она полностью теряет свои топографо-анатомические и функциональные свойства. Выполнить ненатяжную герниопластику в этих условиях, качественно, не удастся. В этом мы убедились, изучая результаты операции у 28 таких больных, которым была произведена герниопластика с использованием сетчатого эндопротеза, но фиксация его к паховой связке была совершенно не качественной. В итоге — рецидив у 11,7% пациентов.

Приведенные данные легли в основу разработки нами методики реконструкции паховой связки из синтетического эндопротеза, которая позволяет осуществить ненатяжную герниопластику при рецидивных паховых грыжах в условиях выраженного нарушения топографо-анатомических и функциональных свойств паховой связки и окружающих ее тканей. Данная методика применена нами у 34 больных с рецидивными паховыми грыжами с хорошими непосредственными и отдаленными результатами лечения. Методика моделирования паховой связки при рецидивных паховых грыжах будет изложена в наших следующих публикациях.

Таким образом, результаты хирургического лечения рецидивных паховых грыж во многом зависят от топографо-анатомической и функциональной полноценности паховой связки. Выполнение ненатяжных герниопластик в этих условиях лишает возможности прочной фиксации синтетического материала в ниж-

ней части паховой области, что, в конечном итоге, приводит к рецидиву заболевания. Моделирование паховой связки по разработанной нами методике с последующим выполнением качественной герниопластики ненапряжными способами позволяет добиться хороших результатов в отдаленные сроки после оперативного вмешательства.

#### ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Дерюгина М.С.* Новый способ хирургической коррекции рецидивирующих паховых грыж с помощью полимерных имплантатов // Матер. I Междун. конф. «Современные подходы к разработке эффективных перевязочных средств и полимерных имплантатов». — 1992. — С. 183—185.
- [2] *Егиев В.Н., Тутова Г.П., Шургин С.Н., Чижов Д.Н.* Осложнения пластики пахового канала по Лихтенштейну // Хирургия. — 2002. — 7. — С. 37—40.
- [3] *Нестеренко Ю.А., Салов Ю.Б.* Хирургическое лечение паховых грыж (обзор литературы) // Хирургия. — 1982. — № 8. — С. 119—123.
- [4] *Саенко В.Ф., Беленький Л.С., Манойло Н.В.* Современные направления открытой пластики грыжи брюшной стенки // Клин. хірургія. — 2001. — № 6. — С. 59—64.
- [5] *Сазонов К.Н., Северин В.И., Кюн Л.В.* Способ оперативного лечения «трудных» грыж паховой области // Вест. хир. — 2002. — № 1. — С. 42.
- [6] *Сахаутдинов В.Г., Галимов О.В., Сендерович Е.И., Гололобов Ю.Н., Тимербулатов М.В., Нуржидинов М.А.* Выбор метода оперативного лечения больных с паховыми грыжами // Хирургия. — 2002. — № 1. — С. 45—48.
- [7] *Федоров В.Д., Адомян А.А., Гогия Б.Ш.* Эволюция лечения паховых грыж // Хирургия. — 2000. — № 3. — С. 51—53.
- [8] *Шеляховский И.А., Чекмазов И.А.* Современные аспекты хирургического лечения грыж брюшной стенки // Consilium medium. Гастроэнтерология. — 2002. — № 3. — С. 27—28.
- [9] *Lichtenstein I.L., Shulman A.G., Amid P.K.* Twenty questions about hernioplasty // Amer Surgeon. — 1991. — V. 57. — P. 730—733.

## SURGICAL TREATMENT OF RECURRENT INGUINAL HERNIAS

**B.A. Mizaushev, A.N. Kumishev**

Faculty of hospital surgery

Medical faculty

The Kabardino-Balkarian state university

*Chernyshevsky str., 173, Nalchik, Russia, 360004*

2958 patients with inguinal hernias are operated on. There were 2720 (91,95%) males and 238 (8,05%) females. The patient's age was from 18 till 86 years. Relapse of hernia occurred in 409 (17,4%) from 2351 patients after tension hernioplasty. From 2003 till 2010 yy 607 operations with the use mesh endoprosthetics are performed and relapse of hernia was observed in 6 (2,6%) patients. It is proved, that in case of imperfect inguinal ligament the threat of relapse increases in 4,5 times. Method of reconstruction of inguinal ligament in case of recurrent hernias, providing reliable hernioplasty, is developed.

**Key words:** recurrent inguinal hernia, hernioplastic tension, hernioplastic non-tension, inguinal ligament.