

DOI: <https://doi.org/10.34921/amj.2025.4.026>**QASIQ YIRTIQLARININ YENİ CƏRRAHİ ÜSULLA MÜALİCƏSİ****D.U.Kalixan, S.B.İmanqazinov, O.Q.Taştemirova,  
Y.K.Kairxanov, R.Q.Niqmatullin, R.S.Kazanqapov***“Semey Tibb Universiteti” Qeyri-kommersiya səhmdar cəmiyyəti Pavlodar filialının  
Cərrahlik, mamalıq və ginekologiya kafedrası, Pavlodar, Qazaxstan*

**Xülasə.** Məqalədə qasıq yırtığının cərrahi müalicəsi üçün müəlliflərin özlərinə məxsus olan yeni üsulun tətbiqi üzrə klinik müşahidələri haqqında məlumat verilmişdir. Üsulun mahiyyəti genişlənmiş dərin qasıq həlqəsinin medial şöbəsində fassiyanı büzməli tikiş vasitəsilə daraltmaqdan ibarətdir; bu zaman dəliyin diametri barmaq vasitəsilə kontrol edilməklə, yırtığın qapadılması texnikasında dəyişiklik edilir.

Yaşı 20 ilə 78 arasında olan 66 nəfərin qasıq yırtığına görə müalicəsinin nəticələri (yırtığın növündən asılı olmayaraq) təhlil edilmiş və 1 pasiyent haqqında məlumat verilmişdir. Erkən postoperasion dövrdə 2 pasiyentin (3%) operasiya yarasında infiltrat müşahidə edilmiş, yalnız 1 pasiyentdə isə yırtıq residiv vermişdir.

Beləliklə, yeni təklif edilən hernioplastika üsulunun qasıq yırtıqlarının müalicəsinin optimallaşdırılması baxımından effektiv olduğunu iddia etmək mümkündür.

**Açar sözlər:** qasıq yırtığı, hernioplastika

**Ключевые слова:** паховая грыжа, герниопластика

**Keywords:** inguinal hernia, hernioplasty

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ НОВЫМ СПОСОБОМ****Д.У.Калихан, С.Б.Имангазинов, О.Г.Таштемирова,  
Е.К.Каирханов, Р.Г.Нигматуллин, Р.С.Казангапов***Кафедра хирургии, акушерства и гинекологии Павлодарского филиала  
НАО «Медицинский университет Семей», г. Павлодар, Казахстан*

В статье представлен опыт оперативного лечения паховых грыж, новым способом разработанным авторами в клинике. Суть способа заключается в сужении расширенного глубокого пахового кольца путем ушивания «гофрированием» поперечной фасции у медиального отдела под контролем пальца с изменением порядка в технике выполнения грыжесечения.

Проанализированы результаты лечения 66 мужчин с паховыми грыжами в возрасте от 20 до 78 лет, независимо от вида грыжи и описан один из клинических наблюдений. В раннем послеоперационном периоде имело место развитие инфильтрата в области послеоперационной раны у двух (3%) пациентов, а рецидив грыжи наблюдался в одном (1,5%) случае.

Таким образом, доказана эффективность описанного способа герниопластики для оптимизации результатов оперативного лечения паховых грыж и может быть рекомендован для практического использования.

Паховая грыжа наиболее часто встречается в повседневной практике хирургов. В странах Европейского Союза ежегодно выполняется более 1 млн герниопластик, в США – около 800 тыс., в России – около 500 тыс. [1, 2].

Преимущественно грыженосителями являются мужчины. По данным литературы, в среднем 1–5% мужчин и 0,2–2% женщин в

разных странах являются грыженосителями [3]. Среди лиц старше 60 лет этот показатель достигает до 30% [4].

Единственным радикальным способом лечения паховых грыж является оперативное лечение. Однако до настоящего времени не найден оптимальный метод хирургического лечения, который позволил бы решить все существующие проблемы пахо-

вой герниопластики. Перспективу связывают с разработкой новых методов операций с учетом рационального определения показаний к выполнению уже существующих операций, в том числе с совершенствованием отдельных известных способов герниопластики [5].

В целом, способы герниопластики при паховых грыжах можно разделить на две большие группы, а именно, направленные на укрепление передней стенки пахового канала или на укрепление задней стенки пахового канала, отдавая предпочтение второму. Впервые, учитывая о ведущей роли задней стенки пахового канала в формировании грыжи, в 1869 году Марси было предложено укрепление внутреннего пахового кольца. Среди аутопластических операций часто используется операция Шолдайса, а в группе пластик без натяжения передним доступом наиболее часто выполняется операция Лихтенштейна, с применением полипропиленовой сетки с «окном» для прохождения семенного канатика. Достоинствам данного способа относят простоту и доступность большинству хирургов, использующих традиционный открытый доступ к паховому каналу.

В дальнейшем операцию Лихтенштейна начали проводить с использованием лапароскопической техники – трансабдоминальная преперитонеальная пластика. Исследования показали, что в общем числе всех операций по поводу паховых грыж, лапароскопическая паховая герниопластика составляет приблизительно от 20% до 52,6% [6-8]. Однако, появились сведения, что для лапароскопической паховой герниопластики также характерны рецидивы, которые составляют 2-7% [9, 10]. Применение лапароскопической паховой герниотомии требует оснащения лапароскопической техникой и подготовки специалистов, владеющих техникой лапароскопических вмешательств. Особенно оно является актуальным, где на уровне сельских регионов отсутствуют все условия для их проведения. А также открытое паховое грыжесечение под местной или региональной анестезией показано для лиц с выраженными нарушениями со стороны органов сердечно-сосудистой и легочной системы. Эти утверждения согласовываются с международными рекомендациями, когда

хирургическое лечение паховых грыж должно быть адаптировано к опыту хирурга, характеристикам пациента и грыжи, а также местным и национальным ресурсам [11].

Внутреннее паховое кольцо является изначальным местом образования и формирования грыжи, поэтому на ушивание его обращается особое внимание. Был предложен способ хирургического лечения паховых грыж, когда проводят пластику задней стенки пахового канала. С начала в латеральном отделе глубокого пахового кольца путем сшивания апоневротической и предварительно выделенной мышечной части поперечной мышцы, мобилизованной поперечной фасции, окружающей мышечную порцию формируемой задней стенки пахового канала с задневерхним отделом паховой связки. Восстанавливают глубокое паховое кольцо. Глубокое паховое кольцо смещают кверху за край внутренней косой мышцы живота [12].

Следующий способ отличается тем, что после высокой перевязки грыжевого мешка выделяют апоневроз наружной косой мышцы живота, наружную косую и поперечную мышцы живота без выделения поперечной фасции. Далее по выделении глубокого кольца производят рассечение поперечной мышцы с поперечной фасцией, наружной косой мышцы живота в поперечном направлении. Смещают глубокое паховое кольцо, придавая семенному канатику S-образное направление с дополнительным укреплением мышечной массой [13].

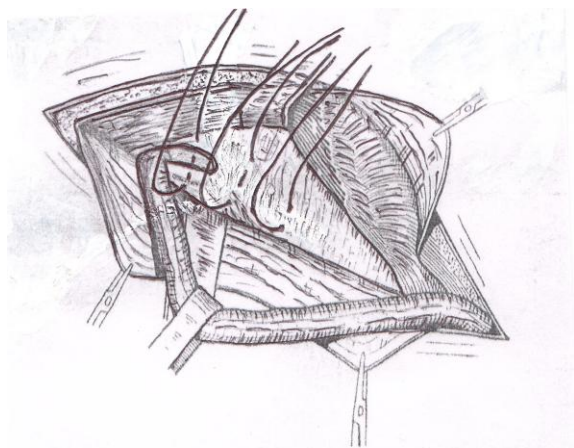
Известен также способ хирургического лечения паховых грыж восстановлением всей задней стенки пахового канала после ушивания поперечной фасции в области глубокого кольца путем пришивания к верхней лонной связке с иссечением участка поперечной фасции и надсечением медиального края глубокого пахового кольца, рекомендуемый Мак-Вэйем. Технически способ труден для выполнения. Существует опасность повреждения бедренных сосудов, поэтому их следует предварительно обнажить [14]. В известной своей книге И.Л.Иоффе описал следующую методику. Семенной канатик отодвигают пальцем к латеральному отделу кольца. Затем зашивают медиальный отдел расширенного пахового кольца непрерывным швом капроновой

нитью начиная с медиальной стороны в латеральном направлении, дойдя до медиального края семенного канатика, прихватывая его оболочку последним стежком. Завязываются концы нити. Операция завершается тем, что краям суженного губкового пахового кольца пришивают отдельными швами оболочке семенного канатика [15].

Однако приведенные способы пластики задней стенки пахового канала имеют ряд общих недостатков: возможность повреждения нижней надчревной артерий, бедренной артерий с последующем кровотечением, иссечение, рассечение участка поперечной фасции и других мягких структур брюшной стенки, надсечение края глубокого кольца способствует ослаблению брюшной стенки, развитие со временем выраженного рубцевания тканей задней стенки пахового канала с потерей её эластичности, расположение семенного канатика на рубцово-изменённых структурах пахового канала неблагоприятно воздействует на сперматогенез, имеет место причинение болевых и неприятных ощущений пациенту.

**Цель сообщения** – представить опыт герниопластики паховой грыжи разработанным в клинике способом.

**Материалы и методы исследования.** Проанализированы результаты лечения 66 мужчин с паховыми грыжами в возрасте от 20 до 78 лет. Из них лица трудоспособного возраста 34 (51,5%) больных. У 12 (18,2%) пациентов были выявлены различные сопутствующие заболевания. По видам грыжи – в 41 (62,1%) случае наблюдались косые паховые грыжи, в 23 (34,9%) – прямые, а в 2 (3%) имело место рецидивные паховые грыжи. Всем пациентам проводилось традиционное общеклиническое обследование.



**Рисунок 1.** Схема «гофрирующих» швов, наложенных на поперечную фасцию

В хирургическом лечении больных был использован разработанный в нашей клинике новый способ [16]. Суть способа заключается в сужении расширенного глубокого кольца путем ушивания «гофрированием» поперечной фасции у медиального отдела глубокого пахового кольца под контролем пальца с изменением порядка в технике исполнения грыжесечения. Способ осуществляется поэтапно в следующей последовательности:

**I этап.** После выделения семенного канатика с его элементами, вскрывается грыжевой мешок с ревизией его содержимого, семенной канатик отодвигают к латеральному отделу кольца концом указательного пальца левой кисти, введенного в медиальный отдел глубокого пахового кольца между поперечной фасцией и брюшиной;

**II этап.** Накладывают отдельные 2-3 шва на поперечную фасцию для ее «гофрирования» несколькими стежками под контролем пальца, не завязывая концы и используя их как держалок (рисунок 1);

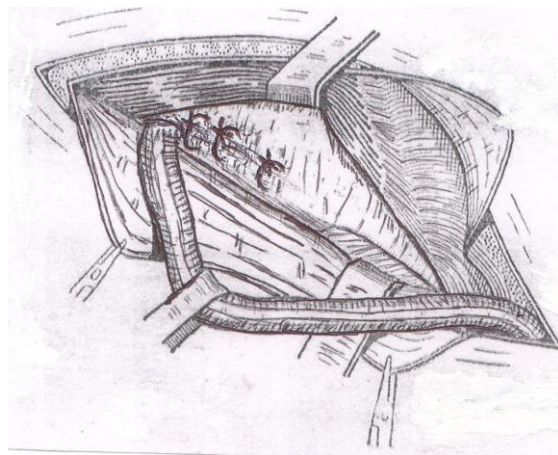
**III этап.** Затем через вскрытый грыжевой мешок проводится пальцевая ревизия со стороны брюшной полости, наложенные ранее швы-держалки, приподнимая их, и убеждаются в отсутствии повреждения нижней надчревной артерии и кровотечения;

**IV этап.** Прошивается и перевязывается грыжевой мешок на уровне его шейки и отсекается;

**V этап.** После чего затягиваются и перевязываются ранее наложенные швы-держалки на поперечной фасции, начиная с медиального отдела (рисунок 2);

**VI этап.** В конце проводят пластику передней стенки пахового канала дубликатурой апоневроза наружной косой мышцы живота.

**Результаты исследования.** При использовании данного способа хирургического лечения паховых грыж независимо от вида грыжи (прямая или косая) отмечается



**Рисунок 2.** Законченный вид наложенных швов на поперечную фасцию

благоприятное течение раннего послеоперационного периода. В раннем послеоперационном периоде имело место развитие инфильтрата в области послеоперационной раны у двух (3%) пациентов, которые были с рецидивами после ранее проведенной паховой герниопластики. После консервативной местной терапии с применением физиотерапевтических процедур (УВЧ-терапия) воспалительный инфильтрат ран был купирован. Из 66 пациентов осмотрены повторно 34 (51,5%) человека по истечении 6-12 месяцев и более. Каких-либо жалоб не предъявляют, болевых ощущений в области послеоперационного рубца не отмечают. Рецидив грыжи отмечен в одном (1,5%) случае.

**Клинический пример.** Больной М., 66 лет, (и.б. № 41/2017) был госпитализирован в хирургическое отделение с жалобами на наличие выпячивания в левой паховой области. Из анамнеза было выяснено, что имеется грыжевое выпячивание в паховой области слева.

Локально в паховой области слева имеется грыжевое выпячивание размером 8,0 x 6,0 см, вправимое в брюшную полость. Установлен диагноз: левосторонняя паховая грыжа.

Больной был прооперирован под перидуральной анестезией. Разрез выше паховой связки слева, послойно вскрыт паховый канал. Выделен грыжевой мешок до шейки. Под контролем указательного пальца, введенного между поперечной фасцией и

брюшиной, наложены 3 отдельных шва на поперечную фасцию для сужения глубокого пахового кольца путем, не завязанными концами. Контроль пальцем со стороны брюшной полости через грыжевой мешок – кровотечения не установлено. Грыжевой мешок прошит, перевязан у шейки и отсечен. Затянуты и перевязаны ранее наложенные на поперечную фасцию швы. Пластика передней стенки пахового канала дубликатурой апоневроза наружной косой мышцы живота. Послойные швы на рану. Повязка. Больной осмотрен через год. Жалоб и рецидива грыжи нет.

**Обсуждение.** Применение приведенного способа паховой герниопластики под контролем пальца хирурга дает возможность исключить повреждения нижней надчревной артерий, бедренной артерий с последующем кровотечением, отпадает необходимость в рассечении поперечной фасции, способствующее ослаблению брюшной стенки и снижает риск причинения болевых, неприятных ощущений пациенту и рецидив грыжи.

**Заключение.** Разработанный способ прост в выполнении, позволяет снизить травматичность оперативного пособия, снижает риск раневых осложнений, а также предупреждает рецидивы паховых грыж. Описанный способ рекомендуется для клинического применения в хирургическом лечении паховых грыж в любом хирургическом стационаре.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Rutkov I.M. Demographic and socio-economic aspects of hernia repair in the USA in 2003. Surg.Clin. North. Am., 2003; 83: 1045-1051. [https://DOI: 10.1016/S0039-6109\(03\)00132-4](https://DOI: 10.1016/S0039-6109(03)00132-4).
2. Калантаров Т.К., Даманин А.А., Мовчан К.Н. и др. Клинико-морфологическое обоснование некоторых причин рецидива паховой грыжи // Медицинская помощь. - 2006. - №2. - С.32-35. [Kalantarov T.K., Damanin A.A., Movchan K.N. i dr. Kliniko-morfologicheskoe obosnovanie nekotoryh prichin recidiva pahovoj gryzhi // Medicinskaja pomoshh'. - 2006. - №2. - С.32-35.]
3. Дженг Ш., Добровольский С.Р. Дисплазия соединительной ткани как причина развития рецидива паховой грыжи // Хирургия. - 2014. - №9. - С.61-63. [Dzheng Sh., Dobrovol'skij S.R. Displazija soedinitel'noj tkani kak prichina razvitiya recidiva pahovoj gryzhi // Hirurgija. - 2014. - №9. - С.61-63.]
4. Guillaume O, Perez-Kohler B, Shadl B, et al. Stromal vascular fraction cells as biologic coating of mesh for hernia repair // Hernia. 2020; 24: 1233-1243. <https://DOI: 10.1007/s10029-020-02135-4>.
5. Черных В.Г., Крайнюков П.Е., Ефремов К.Н., Бондарева Н.В. Паховые грыжи: этиология и лечение // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. – 2021. - Т. 16, №4. - С.116-123. [https://DOI: 10.25881/20728255\\_2021\\_16\\_4\\_116](https://DOI: 10.25881/20728255_2021_16_4_116). [Chernyh V.G., Krajnjukov P.E., Efremov K.N., Bondareva N.V. Pahovye gryzhi: etiologija i lechenie // Vestnik Nacional'nogo mediko-hirurgicheskogo Centra im. N.I. Pirogova. – 2021. - Т. 16, №4. - С.116-123. [https://DOI: 10.25881/20728255\\_2021\\_16\\_4\\_116](https://DOI: 10.25881/20728255_2021_16_4_116).]

6. Smink D.S., Paquette I.M., Finlayson S.R. Utilization of laparoscopic and open inguinal hernia repair: a population-based analysis // J Laparoendosc Adv Surg Tech A., 2009; 19(6):745-748. [https://DOI: 10.1089/lap.2009.0183](https://doi.org/10.1089/lap.2009.0183).
7. Saleh F., Okrainec A., D'Souza N., Kwong J., Jackson T.D. Safety of laparoscopic and open approaches for repair of the unilateral primary inguinal hernia: an analysis of short-term outcomes // Am J Surg., 2014; 208(2): 195-201. [https://DOI: 10.1016/j.amjsurg.2013.10.017](https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2013.10.017).
8. Bittner R., Arregui M.E., Bisgaard T. et al. Guidelines for laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal Hernia [International Endohernia Society (IEHS). Surg Endosc., 2011; 25: 2773-2843. [https://DOI: 10.1007/s00464-011-1799-6](https://doi.org/10.1007/s00464-011-1799-6).
9. Czechowski A., Schafmayer A. TAPP versus TEP: a retrospective analysis 5 years after laparoscopic transperitoneal and total endoscopic extraperitoneal repair in inguinal and femoral hernia // Chirurg., 2003; 74(12): 1143-1149. [https://DOI: 10.1007/s00104-003-0738-z](https://doi.org/10.1007/s00104-003-0738-z).
10. Arvidsson D., Berndsen F.H., Larsson L.G., Leijonmarck C.E., Rimbäck G., Rudberg C., Smedberg S., Spangen L., Montgomery A. Randomized clinical trial comparing 5-year recurrence rate after laparoscopic versus Shouldice repair of primary inguinal hernia // Br J Surg., 2005; 92(9): 1085-1091. [https:// DOI: 10.1002/bjs.5137](https://doi.org/10.1002/bjs.5137).
11. International guidelines for groin hernia management // Hernia, 2018; 22 (1): P. 1-165. <https://doi.org/10.1007/s10029-017-1668-x>.
12. Назарочкин Ю.В., Бондарев В.А., Топчиев М.А. Способ хирургического лечения паховых грыж: Патент RU № 2261050, МПК A61B17/00. [Nazarochkin Ju.V., Bondarev V.A., Topchiev M.A. Sposob hirurgicheskogo lechenija pahovyh gryzh: Patent RU № 2261050, МПК A61V17/00.]
13. Топчиев М.А., Бондарев В.А., Абдулаева З.Ш., Чотчаев М.К. Способ хирургического лечения рецидивных паховых грыж: Патент RU №2376940, МПК A61B17/00. [Topchiev M.A., Bondarev V.A., Abdulaeva Z.Sh., Chotchaev M.K. Sposob hirurgicheskogo lechenija recidivnyh pahovyh gryzh: Patent RU №2376940, МПК A61V17/00.]
14. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи живота.- Москва:Медицина, 1983.- С. 111. [Toskin K.D., Zhebrovskij V.V. Gryzhi zhivota.- Moskva:Medicina, 1983.- S. 111.]
15. Иоффе И.Л. Оперативное лечение паховых грыж,- Москва, Издательство «Медицина», 1968.- 172 с. [Ioffe I.L. Operativnoe lechenie pahovyh gryzh,- Moskva, Izdatel'stvo «Medicina», 1968.- 172 s.]
16. Имангазинов С.Б., Нигматуллин Р.Г., Калихан Д.У. Способ хирургического лечения паховых грыж: Патент на изобретение KZ № 33856, МПК A61B17/00. [Imangazinov S.B., Nigmatullin R.G., Kalihan D.U. Sposob hirurgicheskogo lechenija pahovyh gryzh: Patent na izobretenie KZ № 33856, МПК A61V17/00.]

## TREATMENT OF INGUINAL HERNIA WITH A NEW SURGICAL TECHNIQUE

**D.U.Kalikhhan, S.B.Imangazinov, O.G.Tashtemirova,**

**E.K.Kairkhanov, R.G.Nigmatullin, R.S.Kazangapov**

*Department of Surgery, Obstetrics, and Gynecology, Pavlodar Branch*

*Non-profit joint-stock company "Semey Medical University" Pavlodar, Kazakhstan*

**Summary.** The article provides information on the clinical observations of the authors' novel surgical technique for the treatment of inguinal hernia. The essence of the method is to narrow the enlarged deep ring by suturing the transverse fascia at the medial section of the deep inguinal ring using a "corrugation" technique under finger control, with a change in the order of the herniotomy technique.

The results of treatment for 66 men with inguinal hernias aged 20 to 78 years, regardless of the type of hernia, were analyzed. In the early postoperative period, two (3%) patients developed infiltrates in the area of the postoperative wound, and one (1.5%) case of hernia recurrence was observed.

Thus, the effectiveness of the described method of hernioplasty for optimizing the results of surgical treatment of inguinal hernias.

### **Информация об авторе корреспонденте:**

**Казангапов Рустем Сейсенбекович**, г.Павлодар, Республика Казахстан;

**E-mail:** rustem.kazangapov@bk.ru

Тәқдим edilmişdir: 05.08.2025

Qəbul edilmişdir: 28.11.2025