

DOI: <https://doi.org/10.34921/amj.2025.4.004>

QASIQ YIRTIĞI OLAN KİŞİLƏRDƏ İSTİFADƏ EDİLƏN MÜXTƏLİF HERNİOPLASTİKA ÜSULLARININ VƏ PLASTİK MATERİALLARIN UZAQ NƏTİCƏLƏRİ

Əl-Absi Sonia Yassin, Ş.G.Hüseynov, Z.İ.Rzayev, Ş.F.İbrahimli*Azərbaycan Tibb Universitetinin III Cərrahi xəstəliklər kafedrası, Bakı, Azərbaycan*

Xülasə. Məqalədə qasıq yırtığına görə aparılan operativ müalicədən sonrakı dövrdə müxtəlif hernioplastika üsullarının uzaq klinik nəticələrini və istifadə edilən implantların yararlığını öyrənmək məqsədilə aparılmış tədqiqat işi haqqında məlumat verilmişdir.

Tədqiqata cəlb edilmiş kişi cinsindən olan 109 pasiyent müalicə üsullarına görə 3 qrupa bölünmüşdür: kontrol qrup (58 xəstə) – İ.L.Lichtenstein üsulu ilə adi prolen tozla plastika; I tədqiqat qrup (27 xəstə) – Trabukko üsulu ilə T_1 və T_2 forma yaddaşlı bərk və yarım bərk “Hertra” protezləri ilə plastika; II tədqiqat qrup (24 xəstə) – İ.L.Lichtenstein üsulu ilə hissəvi sorulan monokrilprolenkompozitli “Ultropro” (Ethinon) torla plastika. Avropa Hernioloji Cəmiyyətinin (EHS, 2007) təsnifatına əsasən qasıq yırtıqlarının formaları qruplarda uyğun olmuşdur ($p > 0,05$).

Müəyyən edilmişdir ki, hissəvi sorulan monokrilprolenkompozitli “Ultropro” (Ethinon) tordan istifadə edilməklə İ.L.Lichtenstein üsulu ilə aparılmış hernioplastika adi prolen tor tətbiqi şəraitində İ.L.Lichtenstein icra edilmiş hernioalloplastikadan 2,1 dəfə, forma yaddaşlı “Hertra” protezlərindən istifadə edilməklə Trabukko üsulu ilə aparılmış hernioalloplastikadan 1,8 dəfə az ağırlaşmalarla müşayət olunur ($p < 0,01$) və texniki cəhətdən sadəliyi ilə fərqlənir.

Açar sözlər: qasıq yırtıqları, hernioalloplastika, hernioplastika

Ключевые слова: паховая грыжа, герниоаллопластика, герниопластика

Keywords: inguinal hernias, hernioalloplasty, hernioplasty

ОТДАЛЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКИ И ПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ У МУЖЧИН С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ

Аль Абси Сония Яссин, Ш.Г.Гусейнов, З.И.Рзаев, Ш.Ф.Ибрагимли*Кафедра хирургических болезней Азербайджанского медицинского университета, Баку*

Резюме. С целью изучения влияния различных методов герниоаллопластики и использованных имплантов на отдаленные клинические результаты у мужчин с паховыми грыжами, проведено контрольное обследование и анкетный опрос 109 пациентов-мужчин с различными видами ПГ в сроки от 6 месяцев до 3-х лет (в период с 2022 – по 2025 гг.) после пластики.

В зависимости от примененных методов лечения больные были разделены на 3 группы: контрольная – 58 больных, которым осуществлялась герниоаллопластика по методу I.L. Lichtenstein обычной проленовой сеткой; группа сравнения – 27 больных, которым проводилась герниоаллопластика по методу Трабукко жесткими и полужесткими протезами T_1 и T_2 с памятью формы «Hertra», и основная группа – 24 больных, которым проводилась герниоаллопластика по методу I.L.Lichtenstein частично адсорбирующей монокрилпроленкомпозиционной сеткой «Ультранпро» («Ethinon»). Соотношение различных видов ПГ по классификации Европейского Герниологического Общества (EHS, 2007) в группах больных было примерно одинаковым, достоверно не отличалось друг от друга ($p > 0,05$).

Было установлено, что герниоаллопластика частично абсорбирующей МПК-сеткой «Ультранпро» по методу Лихтенштейн является наиболее оптимальным и надежным оперативным

методом пластики паховых грыж у пациентов-мужчин из-за несложной техники оперативного вмешательства, достоверно низкой ($p < 0,01$) частоты поздних осложнений, в сравнении с герниоаллопластикой по Лихтеништейн обычной проленовой сеткой (в 2,1 раза) и нефиксируемым имплантом-пластинкой с памятью формы «Гертра» по методике Трабукко (в 1,8 раза), наилучших показателей уровня качества жизни и отсутствия рецидивов.

Герниопластика является одной из распространённых операций в хирургии; ежегодно в мире проводится более 20 млн операций по поводу паховых грыж (ПГ). Традиционно большинство работ по оперативному лечению грыж посвящено профилактике рецидива. Однако, по мере накопления опыта, стало понятно, что существует целый ряд других осложнений, связанных с этой операцией [1-3]. Осложнения паховой герниопластики подразделяются на общехирургические (инфильтрации, образование подкожных сером и гематом) и специфические, характерные только для герниопластики (компрессионно-ишемические осложнения, каузалгии, повреждение органов мошонки, функциональные нарушения яичка и т.д.) [4,5]. Стоимость лечения осложнений грыжесечения в 5-7 раз превышает стоимость операции.

Применение синтетических имплантатов увеличило не только надёжность операции, но и количество осложнений [6,7]. Болевой синдром, развившийся после интеграции или фиксации имплантата, признан одним из основных осложнений ненатяжной паховой герниопластики с частотой возникновения 4-15% [4,8].

Несмотря на накопленный опыт диагностики и лечения ПГ, много вопросов, касающихся факторов риска, возрастных и гендерных особенностей лечения, стратегии снижения рецидива заболевания, профилактики развития послеоперационных протез-ассоциированных и др. осложнений, остаются предметом оживлённых дискуссий [4]. Этот факт наглядно демонстрируется в Международном руководстве по лечению ПГ HerniaSurge Group (2018), в котором аккмулировано 166 ключевых вопросов, многие из которых пока остаются без однозначного ответа [5].

Поэтому в современных условиях эф-

фективность того или иного метода лечения должна рассматриваться не только с позиций надёжности, но и с позиции влияния, оказываемого им на качество жизни пациентов.

Целью исследования являлось изучение влияния различных методов герниоаллопластики и пластических материалов на отдаленные клинические результаты у мужчин с паховыми грыжами.

Материал и методы исследования. В исследование были включены результаты контрольного обследования и анкетного опроса в сроки от 6 месяцев до 3-х лет после выполнения оперативного вмешательства 109 больных (мужчин) с различными видами ПГ в возрасте 25-74 лет, находившихся на стационарном лечении в хирургических отделениях Учебно-Хирургической Клиники АМУ и РКБ им. акад. М.А.Мир-Касимова (г. Баку) МЗ Азерб. Республики в период с 2023 – по март 2025 гг.

В зависимости от примененных методов лечения все больные были разделены на следующие группы:

- **Контрольная группа:** 58 больных с различными видами ПГ, которым осуществлялась герниоаллопластика по методу I.L. Lichtenstein обычной проленовой сеткой.

- **Первая группа исследования:** 27 больных, которым проводилась герниоаллопластика по методу Трабукко жесткими и полужесткими протезами T₁ и T₂ с памятью формы «Hertra».

- **Вторая группа исследования:** 24 больных, которым проводилась герниоаллопластика по методу I.L. Lichtenstein частично абсорбирующей монокрилпроленкомполитной сеткой «Ультрапро» («Ethicon»).

Для характеристики ПГ была использована международная классификация Европейского Герниологического Общества (EHS, 2007). Соотношение различных видов ПГ по этой классификации в группах больных было примерно одинаковым, достоверно не отличалось друг от друга ($p > 0,05$) (табл.1).

Таблица 1. Вид паховых грыж в группах больных по классификации Европейского Герниологического Общества (EHS, 2007)

Вид грыжи	Группы больных						Всего: (n=109)	
	Контрольная (n=58) группа		Первая группа исследования (n=27)		Вторая группа исследования (n=24)			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Первичная	53	91,4	25	92,6	22	91,7	100	91,7
Рецидивная	5	8,6	2	7,4	2	8,3	9	8,3
Косая	45	77,6	21	77,8	19	79,2	85	78,0
Прямая	13	22,4	6	22,2	5	20,8	24	22,0
Размер грыжевых ворот ($<1,5$ см)	9	15,5	4	14,8	3	12,5	16	14,7
Размер грыжевых ворот (1,5-3,0 см)	43	74,1	18	66,7	17	70,8	78	71,6
Размер грыжевых ворот (>3 см)	7	12,1	4	14,8	4	16,7	15	13,8

По возрастным характеристикам, основным и сопутствующим заболеваниям клинические группы были примерно одинаковыми ($p>0,05$).

Больных вызывали на контрольное обследование, на которое явились 76 (69,7%) больных из 109 прооперированных.

При отказе или невозможности пройти контрольное обследование в стационаре больным посылали анкету (опросник), содержащую специфические вопросы, позволяющие оценить местный статус после операции. На анкетные вопросы ответили 33 (30,3%) больных.

После выяснения жалоб больных и изучения имеющихся в наличии медицинских документов, переходили к непосредственному обследованию, включавшему, кроме объективных (клинических) методов исследования, УЗ-сканирование области ранее проведенного оперативного вмешательства и, по показаниям, др. методы инструментально-лабораторного исследования.

Качество жизни оперированных больных оценивали посредством специфических и неспецифических вопросов.

При контрольном обследовании больные отвечали на специфические вопросы, отражающие местный статус и связанные непосредственно с перенесенной операцией, а именно:

- боль (ее характер и степень) в области операции;
- ограничение подвижности брюшной стенки;
- ощущение инородного тела в области

операции,

- наличие или отсутствие пахово-генитальной нейропатии.

На каждый специфический вопрос следовал один из двух альтернативных ответов (есть, нет).

Неспецифические вопросы входили в состав специального опросника, который включал в себя 17 вопросов для оценки качества жизни по 4 шкалам-физического, социального, эмоционального и функционального благополучия. Результаты до 19 баллов расценивались как неудовлетворительные, от 19 до 33 баллов – как удовлетворительные и от 34 до 54 баллов – как хорошие.

Таким образом, информация об отдаленных результатах различных видов паховой герниопластики получена при контрольном осмотре пациентов лично, а также на основании анализа анкетирования больных.

Поздние осложнения, наблюдаемые у пациентов контрольной и исследуемых (1-2) лечебных групп в отдаленном периоде мы подразделили на осложнения со стороны мочеполовой системы и компрессионно-ишемические осложнения.

Результаты исследований и их обсуждение. Изучение эффективности паховой герниоаллопластики различными методами и пластическими материалами в отдаленном периоде в исследуемых группах больных позволило выявить следующие результаты:

- **Осложнения со стороны мочеполовой системы**, включающие в себя такие

показатели как водянка оболочек и атрофия яичка, киста семенного канатика, орхит, деферентит, эпидидимит, нарушения эрекции и бесплодие наблюдались у 6 (5,5%) обследованных больных, а именно: у 5(8,6%) больных контрольной группы и у

1(3,7%) больного первой группы исследования. Среди больных второй группы исследования не возникали (таблица 2).

При анализе по нозологии осложнений это выглядело следующим образом.

Таблица 2. Поздние осложнения герниоаллопластики паховых грыж у мужчин в различных лечебных группах

Показатели		Группы больных					
		Контрольная (n=58)		Первая группа исследования (n=27)		Вторая группа исследования (n=24)	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Осложнения со стороны мочеполовой системы	водянка оболочек яичка	1	1,7	-	-	-	-
	отек мошонки	1	1,7	1	3,7	-	-
	атрофия яичка	1	1,7	-	-	-	-
	киста семенного канатика	-	-	-	-	-	-
	орхит, деферентит, эпидидимит	1	1,7	-	-	-	-
	нарушения эрекции	1	1,7	-	-	-	-
	бесплодие	-	-	-	-	-	-
Итого:		5	8,6	1	3,7	0	0
Компрессионно- ишемические (протез- ассоциированные) осложнения	ощущение инородного тела	4	6,9	2	7,4	1	4,2
	дискомфорт в паху	2	3,4	1	3,7	1	4,2
	послеоперационный неврит (невралгия, болевые ощущения в области п/о рубца)	2	3,4	1	3,7	-	-
	пахово-генитальная нейропатия (парестезии)	2	3,4	1	3,7	1	4,2
Итого:		10	17,2	5	18,5	3	12,5
Косметический эффект	1 (отличный)	8	13,8	5	18,5	5	20,8
	2 (хороший)	39	67,2	18	66,7	17	70,8
	3 (удовлетворительный)	9	15,6	4	14,8	2	8,3
	4 (неудовлетворительный)	2	6,9	-	-	-	-
Оценка качества жизни	Хорошо	49	84,5	23	85,2	23	85,8
	Удовлетворительно	7	12,1	4	14,8	1	4,2
	неудовлетворительно (рецидив)	2	3,4	-	-	-	-
Итого:		15	25,9	6	22,2	3	12,5

Такие органические осложнения со стороны мочеполовой системы как **киста семенного канатика, бесплодие** у больных всех 3-х лечебных групп в отдаленном послеоперационном периоде не возникали.

Такие осложнения со стороны яичка и придатков как **водянка оболочек яичка, отек мошонки, атрофия яичка, орхит (деферентит, эпидидимит)** наблюдались по одному (1,7%) у 5 (8,6%) больных контрольной группы. У 1(3,7%) больного первой группы исследования в отдаленном послеоперационном периоде возник **отек мошонки**; др. вышеуказанных осложнений не отмечалось (табл. 2).

Таким образом, наибольшее число (у 5-8,6%) отдаленных осложнений со стороны мочеполовой системы возникло у больных ПГ в контрольной группе (аллогерниопластика по Лихтенштейн обычной проленовой сеткой), а наименьшее (1-3,7%) у больных в первой группе исследования (аллогерниопластика по Трабукко), что было достоверно ($p<0,01$) – в 2,3 раза меньше, чем у больных контрольной группы. У больных второй группы исследования отдаленных осложнений со стороны мочеполовой системы не возникло.

Компрессионно-ишемические осложнения, включающие в себя такие показатели как ощущение инородного тела, дискомфорт в паху, послеоперационный неврит (невралгия, болевые ощущения в области п/о рубца), пахово-генитальная нейропатия, наблюдались у 18 (16,5%) больных во всех лечебных группах, а именно: у 10 (17,2%) больных контрольной группы, у 5(18,5%) – первой группы исследования и у 3 (12,5%) – второй группы исследования (табл. 2).

При анализе по нозологии осложнений это выглядело следующим образом.

Ощущение инородного тела наблюдалось у 7 (6,4%) больных всех 3-х лечебных групп: у 4 (6,9%) – контрольной группы, у 2 (7,4%) – первой группы исследования и у 1 (4,2%) – второй группы исследования.

Дискомфорт в паху отмечался всего у 4(3,7%) больных: у 2(3,4%) – контрольной группы, у 1(3,7%) – первой группы исследования и также у 1(4,2%) – второй группы исследования.

Послеоперационный неврит (неврал-

гия, болевые ощущения в области п/о рубца) возник всего у 3(2,8%) больных контрольной и первой групп исследования, а именно: у 2(3,4%) – контрольной группы и у 1(3,7%) – первой группы исследования. Во второй группе исследования они не наблюдались.

Пахово-генитальная нейропатия (парестезия) отмечалась у 4(3,7%) больных всех 3-х групп: у 2 (3,4%) – контрольной группы, у 1 (3,7%) – первой группы исследования и у 1 (4,2%) – второй группы исследования.

Больные указывали на боли в области послеоперационного рубца с иррадиацией в мошонку или медиальную поверхность бедра в течение 6 месяцев после операции (3 больных контрольной группы, первой группы исследования и второй группы исследования по 1 в каждой группе), а у 1 больного первой группы исследования болевой синдром сохранялся до года. Это потребовало назначения дополнительного лечения (курсовое назначение витаминов группы В, физиотерапии, нестероидных противовоспалительных препаратов), которое дало положительный клинический эффект. Подобные проявления были расценены как нейропатия, связанная с послеоперационной перинеуральной воспалительной реакцией, сопровождающейся отеком, сдавлением и раздражением подвздошно-паховых, подвздошно-гипогастрических и пахово-бедренных нервов.

Таким образом, болевые ощущения в месте операции возникли в отдаленном послеоперационном периоде у 4 (6,9%) больных контрольной группы, которым была произведена герниоаллопластика по Лихтенштейн обычной проленовой сеткой, у 2 (7,4%) больных первой группы исследования, которым производилась герниоаллопластика по Трабукко жесткими и полужесткими протезами с памятью формы «Hertra» и у 1 (3,7%) больного второй группы исследования, которым проводилась герниоаллопластика по методу I.L.Lichtenstein частично адсорбирующей монокрилпроленкомпозиционной сеткой «Ультрапро» («Ethicon»), что было в 1,9 и 2 раза достоверно ($p<0,01$) меньше, чем у больных контрольной и первой групп исследования,

соответственно (табл.2).

Обсуждение. Исходя из вышеизложенного, можно констатировать, что осложнения в отдаленном периоде после различных методов герниопластики возникли у 24 (22,0%) больных мужчин с ПГ из 109. При этом из 58 больных контрольной группы они наблюдались у 15 (25,9%) больных, из 27 больных первой группы исследования – у 6 (22,2%), а из 24 больных второй группы исследования всего лишь у 3 (12,5%) (табл. 2).

Наибольшее число осложнений в отдаленном послеоперационном периоде возникло у больных контрольной группы (15 – 25,9%), а наименьшее (3 – 12,5%) – во второй группе исследования, где была применена аллогерниопластика по методу I.L.Lichtenstein частично адсорбирующей сеткой «Ультрапро» («Ethicon»).

Первая группа исследования, где использовалась аллопластика по Трабукко протезами с памятью формы «Hertra», по частоте осложнений была на 2-м месте (6-22,2%).

Таким образом, во второй группе исследования, где была применена герниоаллопластика по Лихтенштейн частично адсорбирующей сеткой «Ультрапро», общее число пациентов-мужчин жаловавшихся на те или иные поздние осложнения, было статистически значимо меньше ($p < 0,01$), в сравнении с контрольной группой (в 2,1 раза), где применялась герниоаллопластика по Лихтенштейн обычной проленовой сеткой и первой группой исследования (в 1,8 раза), где применялась герниоаллопластика по Трабукко протезами с памятью формы «Hertra».

Все это также оказало определенное влияние на показатели качества жизни этих больных в отдаленном периоде после операции, а именно: отличный косметический эффект отмечали 18(16,5%) больных из 109, хороший – 74 (67,9%), удовлетворительный – 15 (13,8%), а неудовлетворительный (рецидив) – всего 3(2,8%) (табл. 2).

По лечебным группам это выглядело так: отличный косметический эффект отмечали 8(13,8%) больных контрольной группы,

5(18,5%) – в первой группе исследования и 5 (20,8%) – во второй группе исследования.

Хороший косметический эффект отмечали 39 (67,2%) больных контрольной группы, 18 (66,7%) – в первой группе исследования и 17 (70,8%) – во второй группе исследования.

Удовлетворительный косметический эффект наблюдался у 7(12,1%) больных контрольной группы, у 3(11,1%) – в первой группе исследования и у 1 (4,2%) – во второй.

Неудовлетворительный косметический эффект имел место у 2(3,4%) больных 1 контрольной группы и у 1(3,7%) больного первой группы исследования. У больных второй группы исследования он не наблюдался (табл. 2).

Таким образом, удовлетворительный косметический эффект за счет более высокой частоты хорошего и отличного эффекта у больных второй группы исследования достоверно – в 1,9-1,8 раза ниже ($p < 0,01$), в сравнении с контрольной и первой группы исследования, соответственно.

При изучении **качества жизни** больных с ПГ в различных лечебных группах неудовлетворительный уровень качества жизни (рецидив) в отдаленном послеоперационном периоде наблюдался у 2(1,8%) больных из 109. Все они относились к 1-й контрольной (3,4%) группе. У больных первой и второй групп исследования он не отмечался (табл. 2).

Удовлетворительный уровень качества жизни (из-за наличия у данных пациентов тех или иных беспокойств, дискомфорта в области операции, снижения трудоспособности и т.д.) отмечали 12 (11,0%) больных 3 лечебных групп, а именно: 7 (12,1%) больных контрольной группы, 4 (14,8%) – первой группы и 1 (4,2%) – второй группы исследования.

Хороший уровень качества жизни отмечали 95 (87,2%) больных 3 лечебных групп, а именно: 49 (84,5%) больных контрольной группы, 23(85,2%) – первой группы исследования и 23 (85,8%) – второй группы исследования.

Среди этих пациентов беспокойства, дискомфорта и других неприятных ощущений,

снижения работоспособности отмечено не было.

Исходя из вышеизложенного, наилучшие показатели уровня качества жизни наблюдались у больных второй группы исследования, с герниоаллопластикой по Лихтенштейн частично адсорбирующей сеткой «Ультрапро», у которых, во-первых, не возникал рецидив грыжи, во-вторых, хороший уровень качества жизни встречался относительно чаще, а удовлетворительный, в-третьих, был в 2,9-3,5 раза ниже, чем в контрольной и первой групп исследования, соответственно (табл. 2).

Причинами **рецидивов** ПГ после герниоаллопластики различными методами и сетками являются: а) сморщивание сетки и ее редукция; в) смещение сетки вследствие недостаточно надежной ее фиксации (особенно к лонному бугорку); с) разрушение структуры имплантата при нарушении прецизионности техники выполнения операции (режущей иглой при его подшивании к задней стенке пахового канала); д) несоответствие размеров имплантата и грыжевого дефекта и т.д. [2].

Герниоаллопластика по Лихтенштейну проленовой сеткой полностью не предотвращает рецидив ПГ. При контрольном обследовании рецидив грыжи был выявлен у 2(1,8%) из 109 больных с ПГ, которым была произведена пластика грыжевых ворот по методу Лихтенштейн обычной проленовой сеткой.

В первые 6 месяцев после различных методов герниоаллопластики (по Лихтенштейн и Трабукко) различными пластическими материалами (проленовой сеткой, частично адсорбирующей монокрилпролен-композитной сеткой «Ультрапро», протезами с памятью формы «Hertra») рецидивов у больных с ПГ не наблюдалось.

Рецидивы возникли в интервале 6-12 месяцев (у 1 больного) и 1-2 лет (у 1 больного) у 2(3,4%) больных контрольной группы, которым была произведена пластика грыжевых ворот по методу Лихтенштейн обычной проленовой сеткой.

У больных первой группы исследования, которым была осуществлена герниоаллопластика по методу Трабукко, и второй группы исследования, после герниоаллопластики по методу Лихтенштейн частично адсорбирующей МПК-сеткой «Ультрапро», рецидивов грыжи в обозримый период исследования (1-3 года и выше) не возникло.

Причинами рецидивов ПГ после герниоаллопластики по Лихтенштейн обычной проленовой сеткой являлись: сморщивание сетки и ее редукция (развилось у 1 больного через 6 мес. после операции) и смещение сетки вследствие недостаточно надежной ее фиксации к лонному бугорку (возникло у 1 больного через 1 год после операции).

Все эти больные были оперированы повторно, 1-му была произведена герниоаллопластика по Трабукко с использованием протезов с памятью формы, а 2-му – герниоаллопластика частично адсорбирующей МПК-сеткой «Ультрапро» по методу Лихтенштейн.

Таким образом, основное количество рецидивов после герниоаллопластики приходилось на первые 2 года послеоперационного периода и наблюдалось у больных контрольной группы, которым была осуществлена герниоаллопластика по методу Лихтенштейн обычной проленовой сеткой, фиксируемой к задней стенке пахового канала узловыми швами.

Заключение. Несложная техника оперативного вмешательства, статистически достоверно низкая ($p < 0,01$) частота поздних осложнений в сравнении с герниоаллопластикой по Лихтенштейн обычной проленовой сеткой (в 2,1 раза) и нефиксируемым имплантом-пластинкой с памятью формы «Гертра» по методике Трабукко (в 1,8 раза), наилучшие показатели уровня качества жизни и отсутствие рецидивов, все это даёт основание считать герниоаллопластику частично адсорбирующей МПК-сеткой «Ультрапро» по методу Лихтенштейн надежным оперативным методом у пациентов-мужчин с различными паховыми грыжами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ефремов А.С., Рутковский Е.А. Выбор предпочтительного метода пластики первичной односторонней паховой грыжи у мужчин // Сибирский научный медицинский журнал. - 2020. - Т. 40, № 4. - С. 60-62.[Efremov A.S., Rutkovsky E.A. Choice of the preferred method of plastic surgery for primary unilateral inguinal hernia in men//Siberian Scientific Medical Journal -2020, Volume.40, N4-p.60-62]
2. Мизуров, Н.А., Черкесов Л.И., Арсютков В.П., Волков А.Н. Местные и общие осложнения при герниопластике по Лихтенштейну // Актуальные вопросы клинической хирургии. - 2020. - С. 19-26.[Mizurov N.A., Cherkesov L.I., Arsutov V.P., Volkov A.N. (Local and common complications with hernioplasty by Lichtenstein//Actual issues of clinical surgery-2020.p.19-26]
3. Ates E, Kazici HG, Amasyali AS. A rare complication of inguinal hernia repair: Total testicular ischemia and necrosis. // Arch. Ital. Urol. Androl. - 2019 – Vol.91 (1). –P. 46-48. DOI: 10.4081/aiua.2019.1.
4. Huseynova G.T., Jamalov F.G., Akhundov I.T. et al. Clinic results of different methods of hernioplasty in patients with inguinal hernia // Хирургия. Восточная Европа. – Минск (Беларусь), 2018. – Том 7, №3. – С. 340-346.(Surgery, Eastern Europe, -Minsk, Belarus,2018,-vol.7, N3, p.340-346)
5. HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management // Hernia. 2018; 22(1): 1-165. doi: 10.1007/s10029-017-1668-x
6. Михин И.В., Поляков А.А., Косивцов О.А., Рясков Л.А. Эндовидеохирургия и лапароскопия – новый виток эволюции оперативного лечения паховых грыж. Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова. 2019; 3(1): 121-128. doi: 10.17116/hirurgia2019031121.[Mukhin I.V., Polyakov A.A., Kosivcov O.A., Raskov L.a. Endovideosurgery and laparoscopy-a new round of evolution in surgical treatment of inguinal hernias. Surgery Journal named after N.I.Pirogov, 2019;3(1): 121-128, doi:10.17116/hirurgia 2019031121]
7. Gong W., Li J. Operation versus watchful waiting in asymptomatic or minimally symptomatic inguinal hernias: The meta-analysis results of randomized controlled trials // Int J Surg. - 2018. - Vol. 67, № 52. - P. 120-125. DOI: 10.1016/j.ijsu.2018.02.030.
8. Магомедов М.М., Магомедбеков Р.Э. Различные варианты грыжесечения и их влияние на репродуктивное здоровье мужчин // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2020. - Т. 179, № 1. - С. 26-30. [Magomedov M.M., Magomedbekov R.E. Various types of hernia repair and their impact on reproductive health in men//Vestnik khirurgii named after. I.I.Grekov.-2020, -T.179, N1, p.26-30]

LONG-TERM OUTCOMES OF VARIOUS METHODS OF HERNIOALLOPLASTY AND THE IMPLANTS USED IN MEN WITH INGUINAL HERNIAS

Al Absi Sonia Yassin, Sh.G.Huseynov, Z.I.Rzayev, Sh.F.Ibrahimli
Surgical Diseases Department 3 of Azerbaijan Medical University, Baku

Summary. This article presents the results of a study aimed at investigating the long-term clinical outcomes of various hernioplasty techniques and the effectiveness of the implants used in patients who underwent operative treatment for inguinal hernia.

Depending on used treatment methods patients were divided into 3 groups: control group (58 patients), who underwent hernioalloplasty using the I.L.Lichtenstein method with a conventional prolene mesh; the first study group-(27 patients), who underwent hernioalloplasty using the Trabucco method with rigid and semi-rigid T1 and T2 prostheses with memory of shape «Hertra», and the second study group (24 patients), who underwent hernioalloplasty using the I.L.Lichtenstein method with a partially absorbable monocrylprolene composite mesh «Ultrapro» (Ethicon).

The ratio of different types of IH according to the classification of the European Hernia Society (EHS,2007), in the groups of patients was approximately the same, and did not differ significantly from each other ($p>0,05$).

It was established that hernioalloplasty with a partially absorbable monocrylprolene composite mesh «Ultrapro» according to the I.L.Lichtenstein method is the most optimal and reliable surgical method for plastic surgery of IH in male-patients due to the simple technique of surgical intervention, a reliable low ($p<0,01$) frequency of late complications, in comparison with hernioalloplasty according to the I.L.Lichtenstein method with a conventional prolene mesh (2,1 times), and a non-fixed implant with memory of shape «Hertra» according to the Trabucco method (1,8 times), the best indicators of quality of life and the absence of relapses.

Müəlliflə əlaqə üçün:

Şahin Gürşad oğlu Hüseynov, Azərbaycan Tibb Universitetinin III Cərrahi xəstəliklər kafedrası, Bakı, Azərbaycan

E-mail: sh.huseynov62@gmail.com

Təqdim edilmişdir: 27.07.2025

Qəbul edilmişdir: 23.10.2025