УДК 617-089.844

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

ЧЕРЕПАНОВА Ю. А.

Врач-хирург первой квалификационной категории

Ижевский государственный медицинский университет

Ижевск, Россия.

СТЯЖКИНА С.Н.

Доктор медицинских наук, профессор, хирург высшей категории

Ижевский государственный медицинский университет

Ижевск, Россия.

БРОННИКОВА А.Д.,

студентка 3 курса лечебного факультета

Ижевский государственный медицинский университет

Ижевск, Россия.

ГАББАСОВА А.Е.,

студентка 3 курса лечебного факультета

Ижевский государственный медицинский университет

Ижевск, Россия.

ГАРЕЕВА А.А.

студентка 3 курса лечебного факультета

Ижевский государственный медицинский университет

Ижевск, Россия.

Аннотация

В статье рассматривается проблема диагностики и хирургического лечения паховых грыж, являющихся одним из наиболее распространённых хирургических заболеваний. Проанализированы современные взгляды на этиологию и патогенез заболевания, включая роль соединительнотканной дисплазии и повышения внутрибрюшного давления. Приведены данные о классификации, клинической картине и инструментальных методах диагностики.

Основное внимание уделено сравнительному анализу методов герниопластики: от классических натяжных способов до современных ненатяжных методик с использованием сетчатых имплантов (методика Лихтенштейна) и эндовидеохирургических технологий. Обоснована эффективность лапароскопической аллопластики, обеспечивающей снижение частоты рецидивов и послеоперационных осложнений, а также сокращение сроков реабилитации пациентов.

Ключевые слова: паховая грыжа, герниопластика, лапароскопия, аллопластика, методика Лихтенштейна, рецидив, сетчатый имплант.

MODERN APPROACHES TO DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF INGUINAL HERNIAS

CHEREPANOVA Yu. A.

Surgeon, First Qualification Category

Izhevsk State Medical University

Izhevsk, Russia.

STYAZHKINA S.N.

Doctor of Medical Sciences, Professor, surgeon of the highest category

Izhevsk State Medical University

Izhevsk, Russia

BRONNIKOVA A.D.,

3rd-year student of the Faculty of Medicine

Izhevsk State Medical University.

Izhevsk, Russia

GABBASOVA A.E.,

3rd-year student of the Faculty of Medicine

Izhevsk State Medical University

Izhevsk, Russia

GAREEVA A.A.

3rd year student at the Faculty of Medicine

Izhevsk State Medical University

Izhevsk, Russia

Abstract

The article discusses the problem of diagnosis and surgical treatment of inguinal hernias, which are one of the most common surgical diseases. Modern views on the

etiology and pathogenesis of the disease are analyzed, including the role of connective tissue dysplasia and increased intra-abdominal pressure. Data on classification, clinical picture, and instrumental diagnostic methods are presented. The main attention is paid to a comparative analysis of hernioplasty methods: from classical tension methods to modern tension-free techniques using mesh implants (Lichtenstein technique) and endovideosurgical technologies. The effectiveness of laparoscopic alloplasty is substantiated, which ensures a reduction in the frequency of relapses and postoperative complications, as well as a reduction in the rehabilitation time of patients.

Key words: inguinal hernia, hernioplasty, laparoscopy, alloplasty, Lichtenstein technique, relapse, mesh implant.

Паховая грыжа (ПГ) представляет собой протрузию содержимого брюшной полости через приобретенный или врожденный дефект в паховой области, располагающийся несколько выше паховой связки. Данное заболевание является одной из самых актуальных проблем современой хирургии. По данным статистики, на долю паховых грыж приходится около 75% всех грыж брюшной стенки. В Российской Федерации ежегодно выполняется более 150 тысяч плановых операций по поводу данной патологии, что подчёркивает высокую медико-социальную значимость проблемы. Единственным радикальным методом лечения остаётся хирургическое вмешательство, однако выбор оптимальной методики герниопластики до сих пор остаётся предметом дискуссий среди хирургов.

Этиология и патогенез. Формирование паховой грыжи является многофакторным процессом. Ведущую роль играют наследственная предрасположенность, проявляющаяся в слабости соединительной ткани и

мышечного корсета, а также факторы, способствующие повышению внутрибрюшного давления (тяжёлый физический труд, хронические запоры, заболевания лёгких с длительным кашлем). По этиологии грыжи делят на врождённые, обусловленные незаращением влагалищного отростка брюшины, и приобретённые.

Исторические этапы развития герниопластики. История лечения паховых грыж насчитывает тысячелетия: от примитивных бандажей и рискованных операций «грыжесеков» с крайне высокой летальностью до современных высокотехнологичных вмешательств. Переломным моментом стало внедрение асептики и антисептики во второй половине XIX века, что создало предпосылки для развития радикальной хирургии.

Основоположником современной анатомически обоснованной герниопластики по праву считается итальянский хирург Эдоардо Бассини (Edoardo Bassini). В 1887 году он предложил методику, ключевым принципом которой стало восстановление задней стенки пахового канала путем трехслойного сшивания собственных тканей. Результаты были революционными: частота рецидивов снизилась до 2,9%. Однако натяжение тканей при сшивании оставалось слабым местом, приводя к рецидивам у 30% пациентов в отдаленном периоде.

Следующим важным этапом стало появление ненатяжных (tension-free) методик. В 1958 году Ф. Ашер (F. Usher) впервые применил монофиламентную полипропиленовую сетку. В 1984–1986 годах Ирвинг Лихтенштейн (Irving Lichtenstein) разработал и популяризировал технику открытой ненатяжной герниопластики, при которой задняя стенка пахового канала укрепляется сетчатым имплантом без сшивания тканей под натяжением. Эта методика, доказавшая свою эффективность и безопасность, до сих пор считается «золотым стандартом» открытой хирургии грыж.

Параллельно развивалась эндовидеохирургическая герниопластика. Первые лапароскопические вмешательства были выполнены в 1982 году, а в 1990-х годах получили распространение современные методики TAPP (трансабдоминальная предбрюшинная пластика) и TEP (полностью экстраперитонеальная пластика). Сегодня выбор между открытой и лапароскопической методикой определяется индивидуально, что отражает персонализированный подход в современной герниологии.

Классификация и диагностика. По механизму образования выделяют косые и прямые паховые грыжи. Диагноз устанавливается преимущественно на основании клинических данных: жалоб на наличие выпячивания и дискомфорта, а также данных физикального осмотра. Инструментальные методы, такие как ультразвуковое исследование (УЗИ) паховых каналов и органов мошонки, играют вспомогательную роль, позволяя дифференцировать грыжу от других образований и оценить состояние структур пахового канала.

Физикальное обследование пациента начинается с осмотра в вертикальном положении. Пациента просят натужиться и покашлять, что позволяет выявить выпячивание, которое не заметно в состоянии покоя. Затем проводится пальцевое исследование наружного пахового кольца: врач инвагинирует мошонку указательным пальцем и оценивает тонус мышц и размер кольца. Важнейшим этапом является проверка симптома «кашлевого толчка» — при покашливании пациента пальцы исследующего ощущают толчок выпячивающейся брюшины, что служит ключевым признаком грыжи. Далее оценивается вправимость: в горизонтальном положении врач делает осторожную попытку вернуть выпячивание в брюшную полость. Если грыжа не вправляется, это может указывать на ущемление и требует немедленной госпитализации. Для дифференциальной диагностики косой грыжи от

прямой проводится симптом блока: при надавливании на внутреннее паховое кольцо косая грыжа перестает появляться при кашле, а прямая — нет.

Общие принципы лечения. Радикальным методом лечения паховой грыжи является только хирургический. Консервативная терапия не приводит к закрытию грыжевых ворот и может рассматриваться лишь как временная мера: ношение бандажа при наличии противопоказаний к операции, у ослабленных пациентов или при отказе от вмешательства. Однако длительное использование бандажа нередко способствует атрофии мышц и увеличению риска ущемления, поэтому основным подходом остаётся плановая герниопластика.

Показания к операции. Плановое хирургическое лечение показано при неосложнённой паховой грыже, вызывающей дискомфорт или риск ущемления. При ущемлённой грыже показана экстренная операция, поскольку промедление повышает риск некроза кишки и развития перитонита.

Методы герниопластики. Все оперативные вмешательства делят на натяжные и ненатяжные. Классические натяжные методики (например, пластика по Бассини или Шоулдайсу) основаны на сшивании собственных тканей и сегодня применяются ограниченно, так как сопровождаются более высоким риском рецидива и хронической боли. «Золотым стандартом» открытой хирургии стала ненатяжная протезирующая герниопластика по методике Лихтенштейна: дефект задней стенки пахового канала укрепляется полипропиленовым сетчатым имплантом без натяжения тканей. Это снижает частоту рецидивов и позволяет раннее восстановление пациентов.

Эндовидеохирургические технологии. Лапароскопическая аллопластика (методики TAPP и TEP) обеспечивает минимальную

травматизацию, меньшую интенсивность послеоперационной боли и быструю реабилитацию. Особенно оправдана лапароскопическая герниопластика при двусторонних и рецидивных грыжах, а также у пациентов с высокими функциональными требованиями. Выбор между открытой и лапароскопической методикой должен быть персонализированным с учётом возраста, сопутствующих заболеваний, размера грыжи и опыта хирурга.

Техника операции Лихтенштейна (ключевые этапы). Выполняется разрез кожи в паховой области длиной 5–7 см. Грыжевой мешок выделяют, вскрывают, содержимое осматривают и вправляют в брюшную полость; шейку мешка прошивают и отсекают. Затем полипропиленовый сетчатый имплант укладывают позади семенного канатика и фиксируют к лобковому бугорку, паховой связке и мышцам. Принципиально важно, что сетка не натягивается, а равномерно распределяет давление на заднюю стенку пахового канала. Рана ушивается послойно; активизация пациента возможна в день операции, возврат к лёгкому труду — через 2 недели.

Профилактика послеоперационных осложнений. Одним из частых осложнений является серома — скопление серозной жидкости в зоне операции. Для её профилактики предложена перитонизация сетчатого импланта: между семенным канатиком и сеткой формируют дополнительный слой из лоскута брюшины грыжевого мешка. Это уменьшает риск формирования стойких сером. Также в послеоперационном периоде важны ранняя активизация, контроль болевого синдрома и ограничение тяжёлых физических нагрузок в течение 2–4 недель.

Таким образом, современное лечение паховых грыж строится на принципах ненатяжной пластики и персонализированного выбора доступа. Открытая методика Лихтенштейна остаётся надёжным стандартом, а

лапароскопические технологии расширяют возможности хирурга при сложных и двусторонних формах. Дальнейшее совершенствование имплантов и хирургической техники остаётся ключевым направлением улучшения результатов лечения.

Выбор метода герниопластики должен быть персонализированным. Несмотря на широкое распространение открытой ненатяжной пластики, лапароскопические технологии обладают несомненными преимуществами в виде меньшей травматичности и ускоренной реабилитации. Дальнейшее совершенствование хирургической техники и материалов для имплантов является ключевым направлением в улучшении результатов лечения пациентов с паховыми грыжами.

Библиографический список

1. Ботезату А.А., Паскалов Ю.С. Современные методы хирургического лечения паховых грыж (обзор литературы) // Вестник Приднестровского университета. Серия: Медико-биологические и химические науки. 2020. № 2 (65). С. 3-12. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/otdalennye-rezultaty-primeneniya-novoy-metodiki-operativnogo-lecheniya-kosyh-pahovyh-gryzh/viewer

2. Лесников С.М., Павленко В.В., Подолужный В.И. Современная концепция генеза и лечения грыж паховой области (обзор литературы) // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. 2019. Т. 22. № 1. С. 68-77. URL: http://elib.fesmu.ru/Article.aspx?id=384408

3. Назарьянц Ю.А., Винник Ю.С., Петрушко С.И., Чайкин А.Н. Лапароскопическое лечение грыж передней брюшной стенки // Сибирское

медицинское обозрение. 2011. № 3 (69). С. 55-58. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/primenenie-laparoskopicheskoy-gernioplastiki-v-lechenii-bolnyh-s-posleoperatsionnymi-ventralnymi-gryzhami

4. Паховая и бедренная грыжа. Клинические рекомендации / Общество герниологов, Российское общество хирургов. М., 2024. URL: https://disuria.ru/_ld/15/1548_kr24K40K41MZ.pdf

5. Сериков П.В. Пластика паховых грыж по Лихтенштейну // Наука через призму времени. 2019. № 2 (23). С. 103-104. URL: https://naupri.ru/journal/1634.php

6. Стяжкина С.Н., Черепанова Ю.А. «Особенности эндоскоскопического исслелования при выполнении операции паховых грыж» электронный научный журнал «Дневник науки». 2022. №11. URL: https://dnevniknauki.ru/images/publications/2022/11/medicine/Styazhkina_Cherepanova_Sadykova_Uferov.pdf

7. Черных В.Г., Крайнюков П.Е., Рыбчинский С.С. и др. Способ профилактики персистирующей серомы после аллогерниопластики паховой грыжи // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. 2021. Т. 16. № 4. С. 40-43. URL: https://www.pirogov-vestnik.ru/numbers/detail.php?ID=1954&LANG=RU

Стяжкина С.Н., Черепанова Ю.А., Бронникова А.Д., Габбасова А.Е., Гареева А.А. 2026.