

©Р. А. ЛУТКОВСЬКИЙ

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

Операція Ліхтенштейна з використанням модифікованої сітки у хворих на пахові грижі

Мета роботи: покращити результати оперативного лікування пахових гриж живота (ПГЖ) із використанням модифікованої поліпропіленової сітки.

Матеріали і методи. Проведено аналіз оперативного лікування 144 хворих із ПГЖ. Залежно від виду використаного під час виконання оперативного лікування сітчастого імплантату хворих розділили на дві групи. У 72 (50 %) хворих групи I використано під час оперативного лікування модифікований поліпропіленовий сітчастий імплантат, в групі II у 72 (50 %) хворих використано класичну поліпропіленову сітку.

Результати досліджень та обговорення. Статистично вагомі кращі результати отримано у хворих групи I порівнянно з групою II: серому виявлено, відповідно, у 2 (2,8 %) та 4 (5,6 %) хворих ($p < 0,05$), нагноєння післяопераційної рани – в одного (1,4 %) і 4 (5,6 %) ($p < 0,05$), запальний інфільтрат – в одного (1,4 %) та 4 (5,6 %) ($p < 0,05$). Тривалість стаціонарного лікування в групі I становила $(7,3 \pm 1,3)$ доби, в групі II – $(11,2 \pm 2,2)$ доби. У терміни від 1 до 5 років лігатурні нориці передньої черевної стінки виявлено у 3 (5,4 %) хворих групи II ($p < 0,05$), мешома – у одного (1,8 %) хворого ($p > 0,05$). У групі I даних ускладнень не було. Хронічний біль на ділянці черевної стінки протягом 6 – 8 місяців після операції мав місце у 3 (5,4 %) хворих групи II та в одного (1,8 %) хворого групи I ($p > 0,05$), рецидиви грижі – відповідно, у 3 (5,4 %) і одного (1,8 %) хворих ($p < 0,05$).

Оперативне лікування ПГЖ із використанням модифікованої поліпропіленової сітки є набагато ефективнішим порівняно з використанням класичної поліпропіленової сітки, про що свідчило зменшення частоти сероми з $(5,6 \pm 1,2)$ до $(2,8 \pm 0,4)$ %, нагноєння післяопераційної рани – з $(5,6 \pm 0,4)$ до $(1,4 \pm 0,6)$ %, запального інфільтрату – з $(5,6 \pm 0,4)$ до $(1,4 \pm 0,6)$ %, лігатурних нориць передньої черевної стінки – з $(5,4 \pm 0,4)$ до 0 %, мешоми – з $(1,8 \pm 0,3)$ до 0 %, хронічного післяопераційного болю – з $(5,4 \pm 0,4)$ до $(1,8 \pm 0,5)$ %, рецидиву грижі – з $(5,4 \pm 0,4)$ до $(1,8 \pm 0,3)$ %.

Ключові слова: пахова грижа живота; модифікована поліпропіленова сітка; післяопераційні ранові ускладнення.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Грижі передньої черевної стінки і, зокрема, пахова грижа живота (ПГЖ) є однією з найчастіших хірургічних патологій, з приводу якої проводять планові оперативні втручання [1]. Незважаючи на швидкий розвиток сучасної герніології, проблема хірургічного лікування хворих на ПГЖ залишається актуальною. Суть проблеми полягає в тому, що у великій кількості хворих після хірургічного лікування простої неускладненої пахової грижі живота виникає рецидив, а після лікування великої за розміром грижі – ще частіше [2, 3]. За даними Я. П. Фелештинського (2011), частота рецидиву залишається високою – від 30 до 35 % [4]. Вітчизняні та зарубіжні автори [5, 6] пропонують для зменшення частоти рецидиву грижі використовувати матеріали, максимально адаптовані до тканин організму, які не продукують алергени, здатні протидіяти механічній дії в місцях з'єднання тканин і доступні за ціною. Але використання при операції класичної поліпропіленової сітки призводить до високої частоти таких ускладнень з боку післяопераційної рани, як серома (30,8 – 60,4 %), нагноєння післяопераційної рани (4,8 – 6,4 %), лігатурні нориці (1,2 – 3,0 %), мешома (0,06 – 1,60 %) [7, 8, 9]. Потрібно вказати, що однією з причин

ускладнень з боку післяопераційної рани є розвиток асептичного запалення тканин черевної стінки як результат їх контакту з класичною поліпропіленовою сіткою. Тривале асептичне запалення підшкірної основи, м'язів, апоневрозу та фасцій гальмує процес проростання класичної поліпропіленової сітки сполучною тканиною, що призводить до її зморщування, а у разі приєднання інфекції – до міграції сітки і рецидиву грижі [10]. На нашу думку, використання модифікованої поліпропіленової сітки з антисептиком полігексаметиленгуанідину хлоридом та вуглецевими нанотрубками дасть змогу покращити результати оперативного лікування ПГЖ.

Мета роботи: покращити результати оперативного лікування пахових гриж живота (ПГЖ) із використанням модифікованої поліпропіленової сітки.

Матеріали і методи. Проведено аналіз оперативного лікування за період з 2015 до 2019 рр. 144 пацієнтів з ПГЖ віком від 35 до 65 років в яких виконували алопластику пупкових гриж живота. Чоловіків було 85 (59 %), жінок – 59 (41 %). Супутню патологію було виявлено у 81,2 % хворих. Слід зазначити, що у більшості (65,4%) це була серцево-судинна патологія від 19 пацієн-

тів страждали від аліментарного ожиріння II–III ступеня.

Усім хворим амбулаторно в середньому впродовж $(10,0 \pm 1,2)$ доби проводили спеціальну передопераційну підготовку, яка включала: 1) підвищення резервів із боку серцево-легеневої діяльності, 2) профілактику тромбоемболічних ускладнень, 3) корегувальну терапію супутніх захворювань, 4) профілактику інфекційних ускладнень з боку післяопераційної рани, 5) максимальне очищення кишечника. Для очищення кишечника і зменшення його об'єму пацієнтам рекомендували безшлакову дієту з виключенням хліба, борошняних і картопляних страв та призначали проносні препарати (“Регулакс”, “Дюфалак”) та очисні клізми. Завдяки чому вдається досягти максимального очищення і зменшення об'єму кишечника та грижового випинання, а також зменшення маси тіла хворого. У деяких хворих невірними грижі ставали вправимими. Напередодні оперативного втручання, за 12 годин до операції, призначали “Фортранс” за схемою.

Контролювали ефективність передопераційної підготовки шляхом моніторингу функції серцево-судинної системи та функції зовнішнього дихання. Антибактеріальну профілактику проводили з використанням цефалоспоринов III покоління (цефосульбін) у комбінації з метронідазолом. З метою профілактики тромбоемболії легеневої артерії використовували низькомолекулярні гепарини, а також компресійну білизну для нижніх кінцівок під час операції та впродовж 1 місяця в післяопераційному періоді.

Залежно від того, який використовували під час операції сітчастий імплантат, хворих розподілили на дві групи, які були порівнянні за віком, співвідношенням статей та розмірами ПГЖ.

У 72 (50 %) хворих групи I використовували модифікований поліпропіленовий сітчастий імплантат [11, 12, 13]. При проведенні оперативного лікування з приводу пахової грижі живота виконували розсічення шкіри та підшкірно-жирової клітковини на 2 см вище та паралельно паховій складці, після чого виділяли грижовий мішок, біля основи, який перев'язували та відсікали. Після чого проводили підшивання модифікованого сітчастого імплантату до пахової зв'язки, до апоневрозу над лобковою кісткою і внутрішнього косого м'яза живота, а також проксимальніше внутрішнього пахового кільця. Грижепластику закінчували ушиванням апоневрозу зовнішнього косого м'яза живота над сім'яним канатиком. Після ретельного гемостазу підшкірно-жирову клітковину по лінії з'єднання анатомічних структур дренували двома поліхлорвініловими трубками.

Післяопераційну рану зашивали пошарово поліпропіленовими нитками з поліпропілену, модифікованого вуглецевими нанотрубками та антисептиком полігексаметиленгуанідину хлоридом.

У групі II 72 (50 %) хворих використовували класичний поліпропіленовий сітчастий імплантат.

У ранній післяопераційний період лікувальні заходи включали корекцію порушень з боку серцево-судинної та дихальної систем, стимуляцію функцій кишечника. Всім хворим впродовж 7 днів після операції призначали “Диклоберл” у дозі 3 мл внутрішньом'язово для зменшення запальної реакції черевної стінки на імплантацію сітки. З метою профілактики стресових виразок шлунково-кишкового тракту призначали “Квамател” за схемою. Антибактеріальну терапію з використанням цефосульбіну 1 г двічі на добу продовжували в усіх хворих, оскільки всі вони мали підвищений ризик виникнення інфекційних ускладнень з боку рани. З метою профілактики тромбоемболії легеневої артерії використовували низькомолекулярні гепарини упродовж 7 – 9 днів.

При проведенні статистичних розрахунків було використано інтегральну систему STATISTICA® 5.5 (STAT+SOFT® Snc, USA), з використанням ліцензійної програми (AXX 910A374605FA).

Результати досліджень та їх обговорення. Результати хірургічного лікування ПГЖ у хворих I та II груп оцінювали шляхом вивчення та порівняння безпосередніх і віддалених післяопераційних ускладнень (рис. 1).

Безпосередні результати лікування. Статистично значущо кращі результати отримали у хворих групи I на відміну від групи II ($p < 0,05$): зменшення утворення сероми спостерігалось з 4 ($5,6 \pm 1,2$) до 2 ($2,8 \pm 0,4$) %, нагноєння післяопераційної рани з 4 ($5,6 \pm 0,4$) до одного ($1,4 \pm 0,6$) % та запального інфільтрату з 4 ($5,6 \pm 0,4$) до одного ($1,4 \pm 0,6$) %. Тривалість стаціонарного лікування у групі I становила ($7,3 \pm 1,3$) доби, у групі II – ($11,2 \pm 2,2$) доби.

Віддалені результати. Було вивчено методом повторних оглядів та анкетування у 56 пацієнтів групи I та у 56 – групи II у терміни від 1 до 5 років. Хронічний біль у ділянці черевної стінки впродовж 6 – 8 місяців після операції спостерігався у 3 ($5,4 \pm 0,4$) % хворих групи II та одного 1 ($1,8 \pm 0,5$) % – групи I ($p > 0,05$), який був усунений методом призначення фізіотерапевтичних процедур та нестероїдних протизапальних препаратів. Рецидив грижі виник в одного ($1,8 \pm 0,3$) % хворого групи I на відміну від 4 ($5,4 \pm 0,4$) % хворих групи II ($p < 0,05$), лігатурні нориці передньої черевної стінки виникли

З ДОСВІДУ РОБОТИ

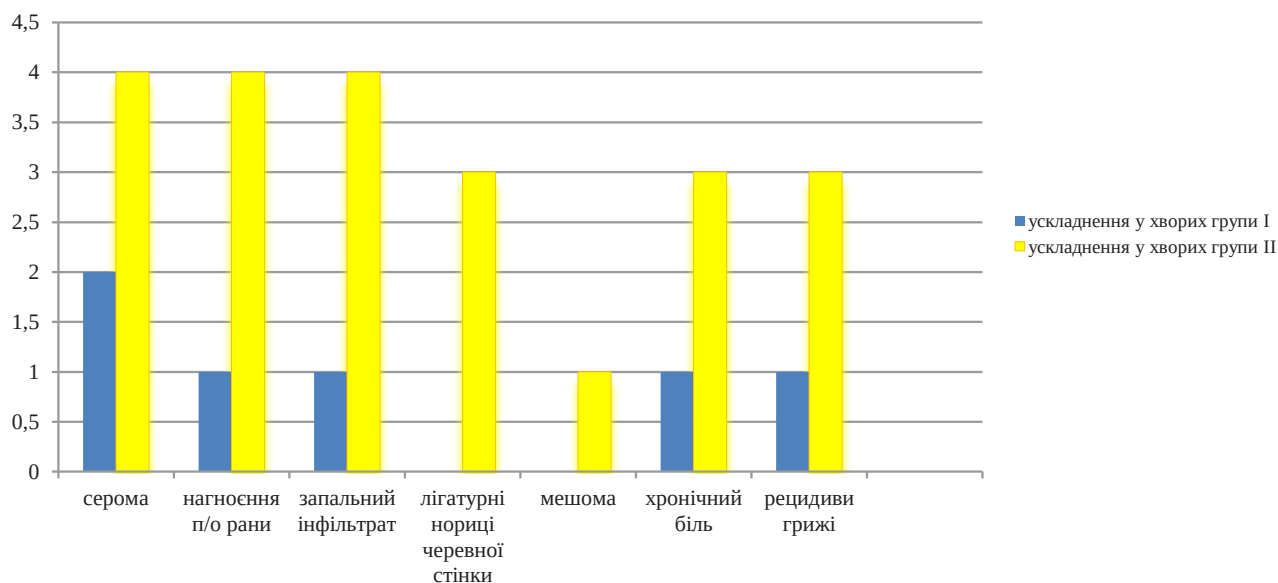


Рис. 1. Безпосередні та віддалені результати оперативного лікування хворих із паховими грижами живота.

в 3 ($5,4 \pm 0,4$) % хворих групи II та мешома в одного ($1,8 \pm 0,3$) % хворих ($p < 0,05$) на відміну від групи I, де таких ускладнень не спостерігали.

Потрібно зазначити, що набагато кращі як безпосередні, так і віддалені результати отримали у хворих групи I. Тому що у хворих групи I використовувався модифікований поліпропіленовий сітчастий імплантат, вдалося досягнути зменшення частоти сероми у 2 рази, нагноєння післяопераційної рани в 4 рази, запального інфільтрату в 4 рази, виникнення лігатурних нориць передньої черевної стінки у 3 рази, мешоми в один раз. Таким чином таке суттєве зменшення частоти ускладнень з боку післяопераційної рани зумовлене властивостями модифікованої поліпропіленової сітки вуглецевими нанотрубками та антисептиком полігексаметиленгуанідинхлоридом, а саме дана сітка має високу сорбційну, гігроскопічну та антисептичну дію, завдяки чому дозволяє зменшувати інтенсивність асептичного запалення тканин черевної стінки, ексудацію серозної рідини та ризик інфікування, тоді як класична поліпропіленова сітка не має таких властивостей.

Віддалені результати оперативного лікування ПГЖ також підтверджують переваги використання модифікованої поліпропіленової сітки вуглецевими нанотрубками та антисептиком полігексаметиленгуанідинхлоридом порівняно з використанням класичної поліпропіленової сітки, яке пов'язано із зменшенням частоти ранових інфекційних ускладнень, міграції та зморщування сітки і попереджає рецидив ПГЖ.

Висновки. Оперативне лікування пахових гриж живота з використанням модифікованої поліпропіленової сітки є набагато ефективнішим порівняно з використанням класичної поліпропіленової сітки, про що свідчило зменшення частоти сероми з ($5,6 \pm 1,2$) до ($2,8 \pm 0,4$) %, нагноєння післяопераційної рани – з ($5,6 \pm 0,4$) до ($1,4 \pm 0,6$) %, запального інфільтрату – з ($5,6 \pm 0,4$) до ($1,4 \pm 0,6$) %, лігатурних нориць передньої черевної стінки – з ($5,4 \pm 0,4$) до 0 %, мешоми – з ($1,8 \pm 0,3$) до 0 %, хронічного післяопераційного болю – з ($5,4 \pm 0,4$) до ($1,8 \pm 0,5$) %, рецидиву грижі – з ($5,4 \pm 0,4$) до ($1,8 \pm 0,3$) %.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Нетяга А. А. Эндопротезирование брюшной стенки в лечении и профилактике наружных грыж живота / А. А. Нетяга, А. И. Бежин // Матеріали XXII з'їзду хірургів України. – Вінниця, 2010. – С. 57 – 58.
2. Бендик Н. І. Застосування вітчизняної хірургічної поліпропіленової сітки / Н. І. Бендик, Г. І. Рукавцев // Клін. хірургія. – 2003. – № 11. – С. 8.

3. Саенко В. Ф. Современные направления открытой пластики грыжи брюшной стенки / В. Ф. Саенко, Л. С. Белянский, Н. Н. Манойло // Клін. хірургія. – 2001. – № 6. – С. 59 – 63.
4. Вибір способу алопластики при хірургічному лікуванні пупкових гриж / Я. П. Фелештинський, В. В. Сміщук, В. В. Преподобний, О. Д. Маленда // Хірургія України. – 2011. – № 3 (39). – С. 146 – 147.

5. Лутковський Р. А. Оперативне лікування післяопераційних гриж живота великого розміру при використанні поліпропіленової сітки модифікованої вуглецевими нанотрубками та антисептиком / Р. А. Лутковський // Вісник проблем біології і медицини. – 2019. – Вип. 1, Том 2(149). – С. 167 – 170.
6. A new tension-free technique for the repair of umbilical hernia, using the Prolene hernia system: early results from 48 cases / E. Perrakis, G. Velimezis, A. Vezakis [et al.] // *Hernia*. – 2003. – No. 7 (4). – P. 178–180.
7. Мирзабекян Ю. Р. Прогноз и профилактика раневых осложнений после пластики передней брюшной стенки по поводу послеоперационной вентральной грыже / Ю. Р. Мирзабекян, С. Р. Добровольский // *Хирургия*. – 2008. – № 1. – С. 66 – 71.
8. Фелештинський Я. П. Післяопераційні грижі живота : монографія / Я. П. Фелештинський. – К. : ТОВ “Бізнес-Логіка”, 2012. – 200 с.
9. Millbourn D. Risk factors for wound complications in midline abdominal incisions related to the size of stitches / D. Millbourn, Y. Cengiz, L. A. Israelsson // *Hernia*. – 2011. – Vol. 15. – P. 261–266.
10. Sanders D. L. From ancient to contemporary times: a concise history of incisional hernia repair / D. L. Sanders, A. N. Kingsnorth // *Hernia*. – 2011. – Vol. 16. – P. 1–7.
11. Пат. на кор. Мод. 132818 Україна, МПК А61В 17/00 Спосіб алопластики післяопераційних вентральних гриж з використанням наномодифікованої поліпропіленової сітки / Лутковський Р. А., Фелештинський Я. П., Вільцанюк О. А., Резанова Н. М.; заявник та патентовласник Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова. – № u201810140; заявл. 11.10.2018; опубл. 11.03.2019, Бюл. № 5.
12. Лутковський Р. А. Реакція тканин на поліпропіленові сітчасті імпланти / Р. А. Лутковський // Вісник морфології – 2017. – Т. 23, № 2. – С. 295 – 299.
13. Лутковський Р.А. Морфологічний та морфометричний аналіз змін в тканинах при імплантації сітчастих імплантів з поліпропілену модифікованого вуглецевими нанотрубками та антисептиком / Р. А. Лутковський // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2018. – Т. 22, № 1. – С. 19 – 23.

REFERENCES

1. Netyaga, A.A., & Bezhin A.I. (2010). Endoprotezirovanie bryushnoy stenki v lechenii i profilaktike naruzhnykh grizh zhivota [Endoprosthetics of the abdominal wall in the treatment and prevention of external abdominal surgeries]. *Vimnytsia: Materialy XXII zizdu khirurhiv Ukrainy – Proceedings of XXII Congress of Surgeons of Ukraine* (pp. 57-58) [in Russian].
2. Bendyk, N.I., Rukavtsev, H.I. (2003). Zastosuvannya vitchyznianoї khirurhichnoi polipropilenoї sitky [Application of domestic surgical polypropylene mesh]. *Klinichna khirurhiia – Clinical Surgery*, 11, 8 [in Ukrainian].
3. Saenko, V.F., Belyanskiy, L.S., & Manoylo, N.N. (2001). Sovremenyie napravleniie otkrytoy plastiki grizhi bryushnoy stenki [The modern direction of open plastic abdominal wall surgeries]. *Klinichna khirurhiia – Clinical Surgery*, 6, 59-63 [in Russian].
4. Feleshtynskiy, Ya.P., Smishchuk, V.V., Prepodobnyi, V.V., & Malenda, O.D. (2011). Vybir sposobu aloplastyky pry khirurhichnomu likuvanni pupkovykh hryzh [Choosing a method of alloplasty in the surgical treatment of umbilical hernias]. *Klinichna khirurhiia – Clinical Surgery*, 3, 146-147 [in Ukrainian].
5. Lutkovskiy, R.A. (2019). Operatyvne likuvannya pisliaoperatsiinykh hryzh zhyvota velykoho rozmiru pry vykorystanni polipropilenoї sitky modyfikovanoi vuhletsevymy nanotrubbkamy ta antyseptom [Surgical treatment of large sized postoperative abdominal hernias using polypropylene mesh modified with carbon nanotubes and antiseptic]. *Visnyk problem biolohii i medytsyny – Bulletin of Problems of Biology and Medicine*, 1, 167-170 [in Ukrainian].
6. Perrakis, E., Velimezis, G., Vezakis, A. (2003). A new tension-free technique for the repair of umbilical hernia, using the Prolene hernia system: early results from 48 cases. *Hernia*, 7 (4), 178-180.
7. Mirzabekyan, Yu.R., & Dobrovolskiy, S.R. (2008). Prognoz i profilaktika ranevykh oslozhneniy posle plastiki peredney bryushnoy stenki po povodu posleoperatsionnoy ventralnoy gryzhi [Prediction and prevention of wound complications after plastic surgery of the anterior abdominal wall regarding postoperative ventral]. *Khirurgiya – Surgery*, 1, 66-71 [in Russian].
8. Feleshtynskiy, Ya.P. (2012) *Pisliaoperatsiini hryzhi zhyvota [Postoperative abdominal hernias]*. Kyiv: TOV “Bisnes-Lohika” [in Ukrainian].
9. Millbourn, D., Cengiz, Y., & Israelsson, L.A. (2011). Risk factors for wound complications in midline abdominal incisions related to the size of stitches. *Hernia*, 15, 261-266.
10. Sanders, D.L., & Kingsnorth, A.N. (2011). From ancient to contemporary times: a concise history of incisional hernia repair. *Hernia*, 16, 1-7.
11. Utility model patent 132818 Ukraine, IPC A61B 17/00 A method of alloplasty of postoperative ventral hernias using nanomodified polypropylene mesh. Lutkovskiy R.A., Feleshtynskiy Ya.P., Viltaniuk, A.A., Rezanov, N.M.; applicant and patentee M. Pyrohov Vinnytsia National Medical University No. u201810140; zaivl. 11/10/2018; publ. 11.03.2019, Bul. No. 5.
12. Lutkovskiy, R.A. (2017). Reaktsiia tkanyh na polipropilenoї sitchasti implantati [Response of tissues to polypropylene mesh implants]. *Visnyk morfolohii – Bulletin of Morphology*, 2, 295-299 [in Ukrainian].
13. Lutkovskiy, R.A. (2018). Morfolohichni ta morfometrychni analiz zmin v tkanyakh pry implantatsii sitchastykh implantativ s polipropilenu modyfikovanoho vuhletsevymy nanotrubbkamy ta antyseptom [Morphological and morphometric analysis of tissue changes in implantation of mesh implants made of carbon nanotube modified polypropylene and antiseptic]. *Visnyk Vinnytskoho natsionalnoho medychnoho universytetu – Bulletin of Vinnytsia National Medical University*, 1, 19-23 [in Ukrainian].

Отримано 01.11.2019

Електронна адреса для листування: lutkovskiruslan@gmail.com.

R. A. LUTKOVSKYI

M. Pyrohov Vinnytsia National Medical University

LIECHTENSTEIN OPERATION USING MODIFIED MESH IN PATIENTS WITH INGUINAL HERNIA

The aim of the work: to improve the results of surgical treatment of inguinal hernias (IH) using modified polypropylene mesh.

Materials and Methods. The analysis of surgical treatment of 144 patients with IH was performed. Depending on the type of mesh used during surgical treatment, patients were divided into 2 groups. In 72 (50 %) patients of group I, modified polypropylene mesh was used. In group II, 72 (50 %) patients classic polypropylene mesh was used.

Results and Discussion. Statistically significant results were obtained in patients of group I compared to group II: seroma was in 4 (5.6 %) in group II compared to 2 (2.8 %) in group I ($p<0.05$), respectively, the suppuration of the postoperative wound – 4 (5.6 %) to 1 (1.4 %) ($p<0.05$). The terms of stay of patients of group II on inpatient treatment – (11.2±2.2) days group II – (7.3±1.3) days. Long-term results: ligature fistulas of the anterior abdominal wall were detected in 3 (5.4 %) patients of group II, in patients of group I of the ligature fistulas were not detected ($p<0.05$), meshoma – in 1 (1.8 %) of patients in group II, in group I there was no stir ($p>0.05$). Chronic pain in the abdominal wall in 6–8 months after surgery was observed in 3 (5.4±0.4) % patients in group II and in 1 (1.8±0.5%) group I ($p>0.05$), recurrences of hernia were found in 3 (5.4±0.4%) patients of group II, in group I – in 1 (1.8±0.3)% ($p<0.05$). Surgical treatment of IH using modified polypropylene mesh antiseptic and by carbon nanotubes the use of the classical polypropylene mesh, namely, reducing the frequency of seroma from (5.6±1.2) % in the group II of patients to (2.8±0.4) % in group I, respectively, suppurations of postoperative wounds – from (5.6±0.4) % to (1.4±0.6) %, inflammatory infiltrates – from (5.6±0.4) % to (1.4±0.6) %, ligatorial fistulas of the anterior abdominal wall – from (5.4±0.4) % to 0 %, meshoma – from (1.8±0.3) % to 0 %, chronic postoperative pain – from (5.4±0.4) % to (1.8±0.5) %, recurrence of hernia – from (5.4±0.4) % to (1.8±0.3) %.

Key words: inguinal hernia; modified polypropylene mesh; postoperative wound complications.

Р. А. ЛУТКОВСКИЙ

Винницкий национальный медицинский университет имени Н. И. Пирогова

ОПЕРАЦИЯ ЛИХТЕНШТЕЙНА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОДИФИЦИРОВАННОЙ СЕТКИ У БОЛЬНЫХ НА ПАХОВЫЕ ГРЫЖИ

Цель работы: улучшить результаты оперативного лечения паховых грыж живота (ПГЖ) путем использования модифицированной полипропиленовой сетки.

Материалы и методы. Проведено анализ оперативного лечения 144 больных с ПГЖ. В зависимости от типа использованного во время оперативного лечения сетчатого имплантата больных распределили на две группы. У 72 (50 %) больных группы I использована во время оперативного лечения модифицированная полипропиленовая сетка, в группе II у 72 (50 %) больных использована классическая полипропиленовая сетка.

Результаты исследований и их обсуждение. Статистически значимо лучшие результаты получены у больных группы I по сравнению с группой II: серома выявлена соответственно у 2 (2,8 %) и 4 (5,6 %) больных ($p<0,05$), нагноение послеоперационной раны – в 1 (1,4 %) и 4 (5,6 %) ($p<0,05$), воспалительный инфильтрат – у 1 (1,4 %) и 4 (5,6 %) ($p<0,05$). Длительность стационарного лечения составляла в группе I (7,3±1,3) суток, в группе II – (11,2±2,2) суток. В сроки от 1 до 5 лет лигатурные свищи передней брюшной стенки обнаружены у 3 (5,4 %) больных группы II ($p<0,05$), мешома – в 1 (1,8 %) ($p>0,05$). В группе I таких осложнений не было. Хроническая боль в области брюшной стенки в течении 6 – 8 месяцев после операции имела место у 3 (5,4 %) больных группы II и у 1 (1,8 %) – группы I ($p>0,05$), рецидивы грыжи – соответственно у 3 (5,4 %) и 1 (1,8 %) больных ($p<0,05$).

Оперативное лечение ПГЖ с использованием модифицированной полипропиленовой сетки является более эффективным по сравнению с использованием классической полипропиленовой сетки, о чем свидетельствовало уменьшение частоты серомы с (5,6±1,2) до (2,8±0,4) %, нагноение послеоперационной раны – с (5,6±0,4) до (1,4±0,6) %, воспалительного инфильтрата – с (5,6±0,4) до (1,4±0,6) %, лигатурных свищей передней брюшной стенке – с (5,4±0,4) до 0 %, мешомы – с (1,8±0,3) до 0 %, хронической послеоперационной боли – с (5,4±0,4) до (1,8±0,5) %, рецидивы грыжи – с (5,4±0,4) до (1,8±0,3) %.

Ключевые слова: паховая грыжа живота; модифицированная полипропиленовая сетка; послеоперационные раневые осложнения.