

40. Трезубов В.Н. Диагностика зубочелюстных аномалий, планирование и прогнозирование аппаратурно-хирургического лечения / В.Н. Трезубов, М.М. Соловьев, Р.А. Фадеев // Ортодонтия. – 2003. – №2. – С. 18-28.
41. Фадеев Р.А. Система количественной оценки зубочелюстных аномалий / Р.А. Фадеев, А.Н. Исправникова // Институт стоматологии. – 2010. – № 4. – С. 28-30.
42. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение / Ф.Я. Хорошилкина. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 544 с.
43. Худякова Л.И. Профилактика вторичных зубочелюстных деформаций у студенческой молодежи г. Челябинска: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л.И. Худякова. – Пермь, 2012. – 23 с.
44. Хусейн А. Диагностика и комплексное лечение декомпенсированной повышенной стираемости зубов, сочетанной с зубочелюстными аномалиями и деформациями: автореф.... канд. мед. наук / А. Хусейн. – Уфа, 2014. – 24 с.
45. Applicability of the Moyers mixed dentition probability tables and new prediction aids for a contemporary population in India / N.I. Philip, M. Prabhakar, D. Arora, S. Chopra // Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop. – 2010. – № 138 – P. 339-345.
46. Dasgupta B. Comparison of two non-radiographic techniques of mixed dentition space analysis and evaluation of their reliability for Bengali population / B. Dasgupta, S. Zahir // Contemp. Clin. Dent. – 2012. – № 3 (Suppl 2). – P. 146-150.
47. Fujii T. A change of occlusal conditions after splint therapy for bruxers with and without pain in the masticatory muscles / T. Fujii, T. Torisu, S. Nakamura // Cranio. – 2005. – Vol. 23. – P. 113-118.
48. Khoury F. Augmentation of the sinus floor with mandibular bone block and simultaneous implantation: a 6-year clinical investigation / F. Khoury // Int. J. Oral Maxillofac. Implants. – 2006. – № 14. – P. 557-564.
49. Occlusal area of mandibular teeth during lateral excursion / H. Hayasaki, A. Ocamoto, J. Iwace [et al.] // Int. J. Prosthodont. – 2004. – V. 17, № 1. – P. 72-76.
50. Okeson J.P. Management of temporomandibular disorder and occlusion. 5 ed. / J.P. Okeson // Mosby. – 2003. – 671 p.
51. Pecora N.G. The aging craniofacial complex: a longitudinal cephalometric study from late adolescence to late adulthood / N.G. Pecora, T. Baccetti, J.A. Jr. McNamara // Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop. – 2006. – № 134. – P. 496-505.
52. Prediction of width of un-erupted incisors, canines and premolars in a Ugandan population: a cross sectional study/ W. Buwembo, A. Kutesa, L. Muwazi [et al.] // BMC Oral Health. – 2012. – № 23 – P. 12-23.

#### Реферати

#### ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ВТОРИЧНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

Беляев Э.В.

В статье представлены причины раннего удаления зубов у детей и взрослых. Описаны показания к удалению зубов, а так же последствия возникающие в результате потери временных и постоянных зубов. Проанализированы результаты отечественных и зарубежных эпидемиологических обследований на предмет зубочелюстных аномалий и деформаций, выделены направления лечения и реабилитации данной патологии. Отдельно выделены работы базирующиеся на антропологическом подходе к исследованию вторичных деформаций зубочелюстной системы.

**Ключевые слова:** вторичные зубочелюстные деформации, диагностика, лечение, антропологические особенности.

Статья надійшла 12.09.2015 р.

#### FEATURES OF DIAGNOSIS, TREATMENT AND REHABILITATION SECONDARY DEFORMATIONS OF MAXILLODENTAL SYSTEMS

Belyaev E.V.

The paper presents the reasons for early removal of teeth in children and adults. Described indications for tooth extraction and the consequences arising from the loss of temporary and permanent teeth. Analyzed the results of domestic and international epidemiological surveys on the subject of maxillofacial anomalies and deformities, outlines areas of treatment and rehabilitation of this disease. Separately allocated work based on anthropological approach to the study of secondary deformations of maxillofacial system.

**Key words:** secondary teeth and jaws deformation, diagnosis, treatment, anthropological features.

УДК 616-007.43-089.844-071

Г. Г. Гусейнова, Ф. Г. Джамалов, И. Г. Рахундов, Ш. Г. Гусейнов  
Азербайджанский Медицинский Университет, г. Баку

#### КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Показано, что применение ненапряжного аллопластического метода пластики задней стенки пахового канала проленовой сеткой по I.L. Lichtenstein обладает целым рядом преимуществ в сравнении с традиционными натяжными аутопластическими. При этом отмечено, что "ненапряжная", бесшовная пластика пахового канала по методике Trabucco, в свою очередь, способствует более быстрому выздоровлению, клинической реабилитации и снижению частоты рецидивов в отдаленные сроки, в сравнении с герниоаллопластикой по I.L. Lichtenstein.

**Ключевые слова:** паховые грыжи, пластика пахового канала, методика Trabucco, герниоаллопластикой по I.L. Lichtenstein.

Грыжи живота встречаются в любом возрасте, как у мужчин, так и у женщин примерно у 2 - 4% всего населения страны, составляя от 8 до 24% всего контингента хирургических больных. В структуре хирургических операций грыжесечение занимает третье место после аппендэктомии и

холецистэктомии. Паховые грыжи составляют до 80% от общего числа больных с вентральными грыжами, которые оперируются в общехирургических стационарах [3,5,6]. По данным Т. Ф. Лавровой паховые грыжи значительно чаще встречаются у мужчин (73,5%) [9]. О неослабевающем интересе к проблеме лечения паховых грыж свидетельствуют многочисленные публикации, конференции, пленумы, проводимые как среди отечественных, так и зарубежных хирургов.

Если плановые грыжесечения практически не дают летальных исходов, то при экстренных вмешательствах в зависимости от ущемленного органа и его состояния летальность колеблется от 6 до 35% [4, 6].

С момента публикации первых радикальных операций, предложенных Бассини (Bassini) в 1887 г. и Марси (Marcy) в 1887-1892 гг., прошло более ста лет, однако проблема лечения паховых грыж, причины возникновения рецидивов заболевания вызывает постоянный поиск новых методов герниопластики. Частота рецидивов при косой паховой грыже колеблется от 5 до 12%, а в случаях значительного разрушения задней стенки пахового канала достигает 25-30% наблюдений. Аналогичные результаты лечения приводятся российскими хирургами, так рецидивы у больных с прямой грыжей составляют от 6 до 35% [5].

Рецидив грыжи нарушает трудовую активность пациентов, выполняющих физическую работу, приносит моральные страдания, подрывает веру в хирургическое лечение, возвращает риск ущемления внутренних органов. Выявление причин рецидива заболевания и, следовательно, выбор метода операции в зависимости от степени разрушения пахового канала является чрезвычайно актуальным как в плане оздоровления населения, так и по экономическим соображениям. Даже при среднем рецидиве в 10% случаев требуется повторная госпитализация и более сложная операция.

В настоящее время описано свыше 300 методов грыжесечения, в основе которых лежит принцип укрепления задней (Bassini, Marcy) или передней (Жирар, Спасокукоцкий) стенки пахового канала.

Современные методы пластики по Shouldice, McVay, Halstead, Postempsky, являющиеся, по сути, модификациями способа Bassini, предполагают натяжение тканей при сближении апоневроза, что является, по всей видимости, одной из главных причин рецидивирования грыж.

Позже вышеуказанных методов начали развиваться ненатяжные способы пластики пахового канала, а также способы с применением инородных материалов. Попытки хирургов использовать при грыжесечении синтетические материалы первоначально были нацелены на увеличение надежности пластики пахового канала. История этих способов насчитывает уже более 100 лет. Именно столько времени хирурги, занимающиеся лечением грыж передней брюшной стенки, пытаются использовать различные ауто- и аллопластические материалы для укрепления тканей.

В 70-х годах I.L. Lichtenstein [17] была разработана методика ненатяжной пластики задней стенки пахового канала с помощью сетки из полиэстера. Полимерная сетка фиксируется к пупартовой связке и апоневрозу поперечной мышцы живота под семенным канатиком с целью укрепления задней стенки, после выделения, прошивания и отсечения грыжевого мешка. Сетчатый протез подшивается к области лобкового бугорка, сверху формируется из сетки глубокое кольцо вокруг семенного канатика. Апоневроз наружной косой мышцы ушивается над семенным канатиком. Через 10-14 дней сетка прорастает собственной соединительной тканью и образует новое дно пахового канала. Благодаря отказу от закрепления краев фасции и мышц на паховой связке получается так называемая "свободная от натяжения" адаптация - ненатяжная аллопластика.

Позже, в 1993 г. М. Кух видоизменил крой трансплантата при методике I.L. Lichtenstein. Разрез в латеральной части трансплантата по типу ласточкиного хвоста автор дополнил выкраиванием круглого отверстия для семенного канатика. Кнаружи от семенного канатика паховое кольцо формировалось сшиванием верхнего лоскута с нижним и прошиванием внутренней косой мышцы живота без захвата в шов паховой связки. В дальнейшем использовались и другие методики кроя латеральной части сетки. Основная причина изобретения данных кроев – предупредить рецидив грыжи через отверстие для прохождения семенного канатика, а также предупредить развитие ишемического орхита.

Главным преимуществом пластики пахового канала без натяжения тканей с использованием сетчатого эндопротеза, по мнению зарубежных авторов, является простота по сравнению с методом E.E. Shouldice, низкий процент рецидивов, развития инфекции и других

осложнений [14, 15, 16]. Тем не менее, до 90 х годов XX века аллопластикой при паховых грыжах широко занимались лишь отдельные европейские и американские клиники. Лишь с 1989 года после опубликования Lichtenstein I.L. своей методики герниопластики «без натяжения» с использованием полипропиленового протеза начинается ее повсеместное внедрение. Автор на большом материале демонстрирует прекрасные результаты - 0,2% рецидивов при минимуме раневых осложнений. Все рецидивы были изучены, причиной их стали технические дефекты, допущенные в период освоения методики [10]. По данным ряда центров, применивших методику Lichtenstein, частота рецидивов не превышала 0,77%, количество раневых осложнений составило 0,5%. Отторжения протезов не отмечено [12, 18]. А. Е. Борисов и соавт. сообщили об использовании метода у 100 больных с 1 рецидивом [2]. В последующем ряд хирургов внесли некоторые изменения в технику операции I.Lichtenstein. В частности, A.Gilbert перед выполнением пластики тампонирует область внутреннего пахового кольца свернутой в виде зонтика полипропиленовой пластиной [19]. I.Rutkow и A.Robbins дополнили тампонирующее внутреннее паховое кольцо фиксацией полипропиленовой пробки отдельными швами нерассасывающимся шовным материалом.

Немаловажное значение имеет качество сетчатого эндопротеза. В настоящее время эксперименты и клинические апробации различных синтетических материалов расширяются, это связано с попыткой найти оптимальный материал. Он должен отвечать следующим требованиям: 1) быть нетоксичным, 2) совместимым с тканями организма, 3) стимулирующим регенерацию тканей, 4) быстро и надежно стерилизующимся, 5) быть прочным, 6) упругим, 7) сохраняющим заданную форму, 8) сочетающим высокие биомеханические показатели прочности и эластичности, 9) неонкогенным, 10) хорошо моделирующимся в ране, 11) легко фиксирующимся, 12) не повреждающим окружающие ткани, 13) должен быть доступным и недорогим. Можно определенно сказать, что ни один из известных на сегодня пластических материалов не отвечает в полной мере всем этим требованиям.

Поэтому вполне обоснован поиск и создание новых видов эндопротезов, что позволило бы хирургу из широкого арсенала средств выбрать наиболее оптимальные для каждого случая и с учетом конкретной ситуации [1].

В настоящее время разработаны и широко применяются основывающиеся сетчатые эндопротезы из полипропиленовой или лавсановой мононитей, которые по толщине, податливости, размерам ячеек и, самое главное, по прочности вполне отвечают требованиям, которые необходимы для успешного проведения герниопластики без натяжения с соблюдением условий закрепления слабых зон паховой области. Кроме того, эти эндопротезы обладают еще и такими немаловажными свойствами, как биологической инертностью, резистентностью к инфицированию и простотой в обращении.

Анализируя современное состояние вопроса можно отметить, что пластика пахового канала по E.Shouldice практически везде вытеснила методику E. Bassini. В настоящее время пластика по E.Shouldice вытесняется методикой, предложенной I.L. Lichtenstein. Вместе с тем, частота воспалительных изменений в области послеоперационной раны при герниопластике по I.L. Lichtenstein, по данным специалистов, работающих в крупных герниологических центрах составляет от 0.3 % до 1%, а рецидивы грыж диагностируются от 0.7% до 1.4 %. Интенсивный болевой синдром в раннем послеоперационном периоде объясняется попаданием в шов нервных стволов (п. ilioinguinalis и п. genitofemoralis) или их сдавлением.

Таким образом, в настоящее время все еще остается актуальной проблема выбора метода герниопластики при паховых грыжах. Хирургу приходится выбирать метод, обеспечивающий минимальное количество рецидивов, доступный с технической точки зрения для рядового хирурга районной больницы, универсальный в условиях плановой и экстренной хирургии, не связанный с видом обезболивания. Так как грыжесечение является третьим по частоте вмешательством, материальные затраты на операцию должны быть минимальными, а восстановление физической активности и возврат к профессиональной деятельности максимально быстрыми.

Всем этим требованиям при паховых грыжах, на наш взгляд, отвечает герниоаллопластика с использованием методики Trabucco [21].

Данная методика широко пропагандируется итальянскими хирургами с 1989 года, как "ненатяжная", бесшовная пластика пахового канала по одноименному методу с использованием особого вида сеток, обладающих контролируемой памятью первичной формы в результате термической и механической обработки последних.

Благодаря этому данный вид сеток обладает следующими свойствами, необходимыми для бесшовной имплантации: 1. Протезы достаточно плотные, упругие и обладают памятью формы. 2. Макропористые, быстро фиксируются к тканям. 3. Обладают стабильностью плоского расположения при имплантации. 4. Теряют способность к скручиванию и сморщиванию. 5. Не смещаются даже при отсутствии фиксации к тканям. 6. Благодаря жесткости и стабильности плоского расположения протеза отсутствует «мертвое пространство» между сеткой и тканями. 7. Анатомически скорректированные универсальные заготовки и наборы.

«Мягкие» сетчатые протезы, используемые в настоящее время, имплантированные на дно пахового канала без адекватной фиксации, имеют тенденцию к скручиванию и сморщиванию, что увеличивает возможность образование мертвой зоны и рецидива. Именно поэтому такие материалы, как Marlex, Prolene, Surgipro, Lintex и др., не используются для имплантации бесшовным методом, так как не обладают всеми перечисленными выше свойствами. Жесткий сетчатый протез с контролируемой памятью не нуждается в наложении швов [22]. Стоит отметить и тот факт, что данный метод экономит время и легок в исполнении, послеоперационный дискомфорт и болевой симптом сведен к минимуму за счет отсутствия фиксирующих швов. Протез не нуждается в придании формы вручную во время операции, что, по мнению E. Trabucco предупреждает возможность инфицирования протеза. Данная техника проста и легка в исполнении, она основана на возможности применения к любому пациенту, обеспечивает минимум травматичности и болевых ощущений. Пациент может вернуться к своей повседневной деятельности уже через несколько дней после операции. Операция может быть выполнена под местной анестезией в амбулаторных условиях [23]. С 1997 по 1998 г. в Институте E. Trabucco было проведено 6500 операций с использованием данной методики. Процент осложнений был значительно меньше по сравнению с другими ненапряжными пластиками [24].

В клинике инновационных технологий медицинского факультета университета г. Бари (Италия), также приводится сравнительная оценка результатов лечения пациентов с паховыми грыжами, используя герниопластику по Trabucco и Lichtenstein. В результате при грыжесечении по Trabucco значительно реже наблюдались такие осложнения, как послеоперационные гематомы по сравнению с герниопластикой по Lichtenstein [20]. Однако эта техника еще не нашла своего применения среди отечественных хирургов.

И.В. Федоровым и соавт. выполнены 42 операции при паховых грыжах по методике Трабукко. Из них 20 вмешательств проведено при ущемленных и 22 - неосложненных паховых грыжах. Из ранних послеоперационных осложнений у двух больных наблюдали гематому, а у одного - инфильтрат послеоперационной раны. Отдаленные результаты хирургического лечения паховых грыж по методу Трабукко прослежены на сроках от 3 до 6 лет. Рецидив наступил у одного - выше и латеральнее места выхода семенного канатика из-под апоневроза наружной косой мышцы живота. Осложнение связано с нарушением правил хирургической техники. Каких-либо нежелательных последствий со стороны мочеполовой системы (водянка или атрофия яичка, киста семенного канатика, орхит, орхозпидидимит) у этих пациентов мы не наблюдали. Таким образом, можно утверждать, что герниопластика по Трабукко - эффективный метод лечения паховых грыж как в неотложной, так и плановой хирургии. Операция проста в исполнении, не сопровождается серьезными осложнениями и при соблюдении должной техники приводит к полному излечению у подавляющего большинства прооперированных больных [13].

И. В. Сухинина на основе опыта лечения 146 больных также считает, что бесшовная пластика пахового канала по методике Trabucco может быть с успехом применена у пациентов со всеми формами паховых грыж, а сроки выздоровления, реабилитации и частота рецидивов в отдаленные сроки значительно меньше, чем при герниопластике по I.L. Lichtenstein [11].

#### **Заключение**

Анализ литературы, посвященный проблеме хирургического лечения больных с паховыми грыжами, показал, что эта проблема продолжает оставаться актуальной в современной абдоминальной хирургии. Это связано, с одной стороны, с неуклонным ростом числа больных с этой патологией, с другой - остающимися до сих пор неутешительными результатами их хирургического лечения. Несмотря на многообразие предложенных способов пластики местными тканями паховых грыж, частота рецидивов составляет 6-35%. Высокий уровень рецидивов после традиционных видов пластики паховых грыж способствовал разработке сетчатых имплантатов, которые начали широко применяться для лечения послеоперационных и рецидивных вентральных грыж. Существует множество способов открытой аллопластики ПВГ, однако, данные

исследований, оценивающих их эффективность, достаточно противоречивы. Несмотря на множество предлагаемых алломатериалов, остается нерешенным вопрос о методе и оптимальном материале для пластики грыжевых ворот.

#### Список литературы

1. Адамян А. А. Использование Проленовой системы (Prolene Hernia System) для пластики паховых грыж / А. А. Адамян, Б. Ш. Гогия // Хирургия. - 2002.- №4. - С. 65-68.
2. Борисов А. Е. Хирургическое лечение паховых грыж с использованием полипропиленовой сетки / А. Е. Борисов, С.К. Малкова, В. В. Тоидзе // Материалы конференции «Актуальные вопросы герниологии». - Москва, - 2002.-С. 7-8.
3. Егиев В. Н. Натяжная герниопластика. / В. Н. Егиев // - М.: Медпрактика - 2002.-148 с.
4. Егиев В. Н. Проблемы и противоречия «натяжной» герниопластики / В.Н. Егиев, Д.В. Чижов // Герниология. - 2004. - №4. - С.3-7.
5. Кукуджанов Н. И. Паховые грыжи. / Н.И. Кукуджанов // - М.: Медицина. - 1969. - 440 с.
- 6.Кашин Н. Н. Герниопластика при прямой паховой грыже без вскрытия и иссечения грыжевого мешка / Н. Н. Кашин, А.В. Воленко, В.В. Пометун // Клиническая хирургия. - 1993. -№1.-С.126-129.
7. Калантаров Т. К. Пути повышения качества лечения паховых грыж в общехирургических стационарах. / Т. К. Калантаров, Г. М. Кавалерский, И.Л. Памурзин // Медицинская помощь. - 2003. - №1. - С.25-27.
8. Калантаров Т. К. Паховая грыжа // Т. К. Калантаров, А. Е. Новосельцев, Г. В. Вакулин [и др.] // -Тверь. Триада. -2008. - С. 6-15.
9. Лаврова Т. Ф. Клиническая анатомия и грыжи передней брюшной стенки./ Т.Ф. Лаврова // - М.: Медицина, - 1979. - 102 с.
10. Соколович Г. Е. Грыжи живота. / Г.Е.Соколович, Е.Г.Соколович, А.Г. Соколович // -Т.: Аграф-Пресс, - 2006.-18 с.
11. Сухинина И. В. Грыжесечение при паховых грыжах по методике Трабуссо: Автореферат диссерт. канд. мед. наук / И. В. Сухинина // - Москва, - 2010.- 21 с.
12. Ткач Б. П. Модификация способа паховой герниопластики./ Б. П. Ткач // Клиническая хирургия. - 1989. - № 2. - 66 с.
13. Федоров А. Л. Паховая грыжа, Пластика по Трабукко./ А. Л. Федоров, И. В. Федоров, О. К. Поздеев // Практическая медицина. - 2011. -№2 (11). -С. 23-25.
14. Хатьков И. Е. Трудности лапароскопической герниопластики (обзор литературы) / И. Е. Хатьков, А. В. Протасов, А.Э. Фалькова // Эндоскопическая хирургия. - 1999. - №3. - С.31-74.
15. Шляховский И. Д. Современные аспекты хирургического лечения грыж брюшной стенки./ И.Д. Шляховский, И.А. Чекмазов // Consilium Medicum. - Том 4.- №7.-2002.
16. Cherral J. P. Recurrent inguinal Hernia. / J.P. Cherral, M. Perez, M. Lumbroso [et al.] // Presse. Med. - 1991. - Vol.20, № 32. - P.1543-1547.
17. Cobb W. S. The argument for lightweight polypropylene mesh in hernia repair./ W.S. Cobb, K.W. Kercher, B.T. Heniford // Surg. Innov. - 2005. - №12, (1).-P. 63-69.
18. Forte A. Inguinal hernioplastyA the gold standard of hernia repair./ A.Forte, A. D'Urso, P.Palumbo [et al.] // Hernia Mar.- 2003. -7(1).-P. 35-38.
19. Gilbert A. I. Sutureless technigue: second version. / A. I. Gilbert // Can. J. Surg. -1997 - Vol.40, №3. - P.209-212.
20. Kux M. Lichtenstein Patch versus Shouldice - Technik bei primaeren Leistenhernien mit hoher Rezidivgefaehrd. / M. Kux, N. Fuchsjaeger, A. Feichter // Chirurg. -1994. - Vol.65. - P.59-62.
21. Trabucco E. E. The office hernioplasty and the Trabucco repair. / E.E. Trabucco // Ann. It Chir. - 1993, Vol. 44. - P.127-149.
22. Trabucco E. E. Nuove protesi erniarie in polypropylene. / E.Trabucco, G.P., Campanelli [et al.] // Min. Chir. - 1998, Vol. 53. - P.337-341.
23. Trabucco E. E. Flat plugs and mesh hernioplasty in the inguinal box: description of the surgical technique / E.E. Trabucco, A.F. Trabucco // Hernia. - 1998, Vol. 2. - P.133-138.
24. Trabucco E.E. Ernioplastica inguinale tension-free con rete pre-sagomata senza suture secondo Trabucco. / E.E.Trabucco, A.F.Trabucco, R.Rollino [et al.] // Chir. Min. Medica. - 1998, Vol II.

#### Рефераты

##### КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ РІЗНИХ МЕТОДІВ ГЕРНІОПЛАСТИКИ ПАХОВОЇ ГРИЖІ

Гусейнова Г. Т., Джамалов Ф. Г., Ахундов І. Т., Гусейнов Ш. Г.

Показано, що застосування ненастяжної аллопластического методу пластики задньої стінки пахового каналу проленової сіткою по ІІ Lichtenstein володіє цілим рядом переваг в порівнянні з традиційними натяжними аутопластических. При цьому зазначено, що "ненастяжної", безшовна пластика пахового каналу за методикою Трабуссо, у свою чергу, сприяє швидшому одужанню, клінічної реабілітації та зниженню частоти рецидивів у віддалені терміни, у порівнянні з герніоаллопластикою по ІІ Lichtenstein.

**Ключові слова:** пахові грижі, пластика пахового каналу, методика Трабуссо, герніоаллопластикою по ІІ Lichtenstein.

##### CLINICAL EFFECTIVENESS OF DIFFERENT METHODS HERNIOPLASTY OF INGUINAL HERNIAS

Huseynova G.T, Jamalov F. G., Akhundov I. T., Huseynov Sh. G.

Shown, that the use of nontension alloplastic method by Lichtenstein for strengthening the back wall inguinal canal with prolene mesh has a number of advantages compared to conventional tensioning autoplatic methods. At the same time noted that "nontension" seamless plastic inguinal canal by the method of Trabucco, in turn, contributes to a more rapid recovery, clinical rehabilitation and reduce the frequency of relapses in the long-term period, compared with hernioalloplasty by Lichtenstein.

**Key words:** inguinal hernia, plasty of the inguinal canal, method Trabucco, hernioalloplasty by I. L. Lichtenstein.

Стаття надійшла 6.09.2015 р.