

© 2026 by the author(s).

This work is licensed under Creative Commons Attribution 4.0 International License  
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



**Як цитувати статтю:** Piotrovych S, Besedinskyi M, Kuznetsov O. Recurrence of inguinal hernia after autoplasty, causes and surgical treatment. *East Ukr Med J.* 2026;14(1):231-238. DOI: [https://doi.org/10.21272/eumj.2026;14\(1\);231-238](https://doi.org/10.21272/eumj.2026;14(1);231-238)

## ABSTRACT

Sergey Piotrovych

<https://orcid.org/0000-0001-6746-7615>

Department of Dentist Surgery,  
Bogomolets National Medical  
University, Kyiv, Ukraine

Mykola Besedinskyi

<https://orcid.org/0009-0009-8618-1458>

Department of Dentist Surgery,  
Bogomolets National Medical  
University, Kyiv, Ukraine

Oleksandr Kuznetsov

<https://orcid.org/0009-0006-8208-1888>,

Clinical Hospital No. 15 of Podilskyi  
district, Kyiv, Ukraine

## RECURRENCE OF INGUINAL HERNIA AFTER AUTOPLASTY, CAUSES AND SURGICAL TREATMENT

**Introduction.** Inguinal hernias are one of the most common surgical diseases in humans. Surgical interventions for inguinal hernias rank first in frequency among planned surgical procedures. Despite the development of modern methods of hernioplasty, the use of tension-based repair of the inguinal canal remains widespread, and with it, the risk of recurrence of inguinal hernia remains a significant clinical problem. Therefore, the study of risk factors for recurrence is still relevant today.

**Aim.** To study the causes of recurrence of inguinal hernias after autoplasty and to determine ways to improve the outcomes of surgical treatment for patients with this pathology.

**Materials and methods.** This study presents the results of surgical treatment in 842 patients with recurrent inguinal hernias after tension repair, aged 21 to 79 years. Recurrent oblique inguinal hernias R1 were found in 392 (46.6%) patients, direct R2 in 379 (45%), and hernias with a large defect and other aggravating factors R3 were observed in 71 (8.4%) patients.

**Results and discussion.** It was found that the cause of recurrence of direct inguinal hernia after autoplasty in 39.3% of patients was the inadequately chosen method of the initial operation, which aimed at repairing the anterior wall of the inguinal canal, as well as age-related cicatricial-atrophic changes in the structures of the inguinal canal. Recurrence of oblique inguinal hernia in 39.7% of patients occurred due to cicatricial-atrophic changes in the structures of the inguinal canal resulting from tension-based repair of the anterior wall of the inguinal canal and technical errors made during the operation.

During reoperation, the choice of the method for reconstructing the inguinal canal was based on the type of hernia, the type of recurrence, the method of previous repair, the height of the inguinal gap, and the degree of atrophic changes in the muscular-aponeurotic structures of the inguinal canal, following the recommendations of the European Hernia Society (EHS).

Reconstruction of the inguinal canal at the first recurrence of the hernia in 659 (78.3%) patients with R1 and R2 was performed using the Lichtenstein method. At the second recurrence, in 83 (9.9%) patients with R1 and R2, the modified Lichtenstein method was applied, incorporating correction of the deep inguinal ring and suturing of the transverse fascia without tension. Laparoscopic TAPP at the first recurrence of R1 and R2 was performed in 20 (2.4%) patients. In 64 (7.6%) patients with R2 and R3 recurrent hernias with a destroyed posterior wall of the inguinal canal, open preperitoneal allohernioplasty was performed using a method developed in the clinic. In 9 (1%) patients with R3 multiple recurrent hernias and a destroyed inguinal ligament, open preperitoneal allohernioplasty with ligament repair using a method developed in the clinic was performed. In 7 (0.8%) patients with R1 and R2, who had inflammatory processes in the surgical area and were at risk of purulent complications, Bassini repair was performed.

**Conclusions.** Improving the outcomes of surgical treatment for patients with inguinal hernias can be achieved through the individualized selection of a pathogenetically justified, «tension-free» method of allohernioplasty aimed at strengthening the posterior wall of the inguinal canal, the technically correct performance of the procedure, and the more widespread use of TAPP.

**Keywords:** inguinal hernias, recurrent inguinal hernias, alloplasty, choice of operation method, prolene mesh, TAPP.

**Corresponding author:** Besedinskiy Mykola, Department of Dentist Surgery, Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine  
e-mail: [mr.besedinsky@gmail.com](mailto:mr.besedinsky@gmail.com)

## РЕЗЮМЕ

Піотрович Сергій Миколайович  
<https://orcid.org/0000-0001-6746-7615>  
кафедра хірургії стоматологічного  
факультету Національного  
медичного університету імені  
О.О.Богомольця, м. Київ, Україна

Беседінський Микола Сергійович  
<https://orcid.org/0009-0009-8618-1458>  
кафедра хірургії стоматологічного  
факультету Національного  
медичного університету імені  
О.О.Богомольця, м. Київ, Україна

Кузнецов Олександр Олексійович  
<https://orcid.org/0009-0006-8208-1888>  
КНП "Клінічна лікарня №15  
Подільського району м. Києва",  
м. Київ, Україна

## РЕЦИДИВ ПАХВИННОЇ ГРИЖІ ПІСЛЯ АУТОПЛАСТИКИ, ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ

**Вступ.** Пахвинні грижі є одним з самих поширених хірургічних захворювань людини. Оперативні втручання з приводу пахвинної грижі займають перше місце по частоті серед планових хірургічних втручань. Попри розвиток сучасних методів герніопластики, виконання методу натяжної пластики пахвинного каналу залишається широко поширеним, а з ним і ризик рецидиву пахвинної грижі залишається значною клінічною проблемою, тому вивчення факторів ризику рецидиву є актуальним і в наш час.

**Мета.** Вивчити причини виникнення рецидиву пахвинних гриж після аутопластики та визначити шляхи покращання результатів хірургічного лікування пацієнтів з даної патологією.

**Матеріали і методи.** В роботі представлені результати хірургічного лікування 842 пацієнтів з рецидивною пахвинною грижею, після натяжної пластики, віком від 21 до 79 років. Рецидивні косі пахвинні грижі R1 були у 392 (46,6%) хворих, прямі R2 у 379 (45%), грижі з великим дефектом і іншими обтяжуючими чинниками R3 спостерігалися у 71 (8,4%) пацієнта.

**Результати та їх обговорення.** Виявлено, що причиною виникнення рецидиву прямої пахвинної грижі після аутопластики у 39,3% пацієнтів був неадекватно вибраний спосіб першої операції спрямований на пластику передньої стінки пахвинного каналу, та вікові рубцево-атрофічні зміни структур пахвинного каналу. Рецидив косої пахвинної грижі у 39,7% пацієнтів виник внаслідок

рубцево-атрофічних зміни структур пахвинного каналу як результат натяжної пластики передньої стінки пахвинного каналу та технічних помилок допущених при виконанні операції.

При виконанні повторної операції вибір способу реконструкції пахвинного каналу проводили в залежності від типу грижі, виду рецидиву, способу попередньої пластики, висоти пахвинного проміжку і ступеню атрофічних змін у м'язово-апоневротичних структурах пахвинного каналу, та керувались рекомендаціями European Hernia Society (EHS).

Реконструкцію пахвинного каналу при першому рецидиві грижі у 659 (78,3%) пацієнтів з R1 і R2 виконали за способом Lichtenstein. При другому рецидиві у 83 (9,9%) пацієнтів з R1 і R2 виконали модифікований спосіб Lichtenstein з корекцією глибокого пахвинного кільця та ушиванням поперечної фасції без натягу. Лапароскопічну TAPP при першому рецидиві з R1 і R2 виконали у 20 (2,4%) пацієнтів. У 64 (7,6%) з R2 і R3 з рецидивуючою грижею при зруйнованій задній стінці пахвинного каналу виконали відкриту преперитонеальну алогерніопластику способом розробленим в клініці. У 9 (1%) пацієнтів R3 із багаторазово рецидивуючою грижею і зруйнованою пахвинною зв'язкою виконали відкриту преперитонеальну алопластику з відновленням зв'язки способом розробленим в клініці. У 7 (0,8%) пацієнтів з R1 і R2 із запальними процесами в зоні операції, через ризик гнійних ускладнень, виконали пластику за Bassini.

**Висновки.** Покращання результатів хірургічного лікування хворих з пахвинними грижами може бути досягнуто шляхом індивідуального вибору патогенетично обгрунтованого, “безнатяжного” способу алогерніопластики направлено на укріплення задньої стінки пахвинного каналу і технічно вірного виконання самої операції, та більш широкого використання TAPP.

**Ключові слова:** пахвинні грижі, рецидивні пахвинні грижі, алопластика, вибір способу операції, проленава сітка, TAPP.

**Автор, відповідальний за листування:** *Беседінський Микола Сергійович, кафедра хірургії стоматологічного факультету Національного медичного університету імені О.О.Богомольця, м. Київ, Україна*  
e-mail: [mr.besedinsky@gmail.com](mailto:mr.besedinsky@gmail.com)

#### Скорочення:

ПГ - пахвинна грижа  
ПК – пахвинний канал  
EHS - European Hernia Society  
МКХ 11 – Міжнародна класифікація хвороб 11 перегляд  
РПГ- рецидивна пахвинна грижа  
РГ – рецидив грижі  
УЗД – ультразвукове дослідження  
TAPP – Трансабдомінальна преперитонеальна пластика  
R1 – рецидивна коса грижа з дефектом до 2 см  
R2 – рецидивна пряма грижа з дефектом до 2см  
R3 – рецидивна грижа з дефектом понад 3 см

#### ВСТУП

Пахвинні грижі (ПГ) очолюють список самих поширених хірургічних захворювань людини. Операції з приводу ПГ займають перше місце по частоті серед планових хірургічних втручань [1].

Тому, цій важливій галузі хірургії було присвячено написання багатьох монографій та наукових праць, проведено і проводиться багато європейських міжнародних наукових форумів за участі провідних герніологів світу. У 1979 році була створена

European Hernia Society (EHS) яка включає 19 національних осередків. Україна з 2013 року також є членом EHS і повинна дотримуватись європейських стандартів лікування хворих з ПГ.

Основні принципи оперативного лікування ПГ були сформовані в кінці XIX століття Н.Марсу (1887) і Bassini (1889). Вони вперше звернули увагу на необхідність відновлення задньої стінки пахвинного каналу ПГ [2]. Основними напрямками сучасної хірургії гриж є індивідуальний підхід до вибору оперативного методу та способу лікування, який би, найбільш повно відповідав етіологічним і патогенетичним факторам утворення грижі і забезпечував хороші віддалені результати [3]. Проте, основна частина хворих на ПГ лікуються в загально-хірургічних стаціонарах міських і районних лікарень, де не приділяють великого значення сучасним класифікаціям гриж, які відображають патологічні зміни задньої стінки пахвинного каналу (ПК), і відповідно до вибору способу герніопластики підходять згідно традицій, що склалися в хірургічному колективі лікарні [2,4,5]. Сучасна класифікація захворювань МКХ11 (2022) не вимагає деталізації типу ПГ. Тому, частина хірургів ідуть по шляху найменшого опору, не заглиблюються в класифікацію та проблему вибору способу пластики ПГ. Таке відношення до лікування ПГ призводить до застосування неефективних способів операції, які направлені на укріплення передньої стінки пахвинного каналу і ефективні лише при низькому пахвинному проміжку з овально-щилиноподібною формою, тобто при ПГ I типу [2]. При ПГ II, III (А, Б) типів необхідно застосовувати той чи інший варіант укріплення задньої стінки ПК [3, 4, 5]. Нажаль, лише в певних хірургічних клініках, які спеціалізовані на лікуванні гриж, відсоток рецидиву зведений до мінімуму [6]. В цілому результати оперативного лікування ПГ не задовольняють хірургів. Ця незадоволеність обумовлена великим відсотком рецидивів 5,7–15% після виконання аутопластичних операцій [7, 8, 9]. Лікування рецидивних пахвинних гриж (РПГ) є ще більш складною задачею, тому що, повторні втручання через рубцево змінені тканини в ділянці пахвинного каналу супроводжуються технічними труднощами та підвищеним ризиком виникнення ускладнень та повторного рецидиву [6,10,11]. Рецидив грижі (РГ), особливо у пацієнтів працездатного віку, не тільки медична проблема лікування таких хворих, а є значною соціально-економічною проблемою. В даний час, результати лікування пацієнтів з РПГ не можна вважати задовільними через досить високий відсоток рецидивів 1,9–22% [6, 11]. Тому, лікування хворих з

РПГ продовжує залишатися актуальною проблемою сучасної хірургії. Велика різниця у відсотках вказує на відсутність патогенетично обґрунтованих підходів до вирішення цієї задачі через відсутність єдиних, загальноприйнятих критеріїв лікування хворих з даною патологією [11, 12, 13]. Аналізу причин цих незадовільних результатів лікування хворих з РПГ та пошуку шляхів вирішення цієї проблеми присвячене дане дослідження.

**Мета.** Вивчити причини виникнення рецидиву пахвинних гриж після аутопластики та визначити шляхи покращання результатів хірургічного лікування пацієнтів з даною патологією.

#### МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

За період з 2000 по 2024 рр. у Київському міському центрі хірургії гриж живота з РПГ було прооперовано 842 пацієнта віком від 21 до 79 років. Чоловіків було 833 (98,9%), жінок – 9 (1,19%). Згідно класифікації пахвинних гриж за Campanelli G. рецидивні косі пахвинні грижі R1 мали місце у 392 (46,6%) хворих, прямі R2 у 379 (45%), РПГ з великим дефектом та іншими обтяжуючими чинниками R3 спостерігалися у 71 (8,4%) пацієнта. В групу дослідження відібрані пацієнти яким були виконані аутопластичні способи герніопластики. Інформація про вид грижі та спосіб попередньої пластики у виписних довідках була вказана лише у 10% пацієнтів, у інших хворих у виписках вказувалось лише, що виконана операція з приводу ПГ без деталізації способу пластики. З анамнезу встановлено, що рецидив ПГ у 451 (53,6%) пацієнтів виник в термін від 1 до 2 років після перенесеної першої операції, у 201 (23,9%) в проміжку 3–5 років, у 190 (22,5%) більше 5 років після операції. Вид рецидиву визначали під час клінічного обстеження та за результатами інтраопераційної ревізії. У 694 (82,4%) пацієнтів рецидив ПГ був першим, у 126 (15%) другим, у 22 (2,6%) рецидив повторювався від 3 до 7 разів.

Пацієнтам з РПГ проводилось стандартне клінічне та лабораторне обстеження. В обов'язковому порядку всім пацієнтам виконували ультразвукове дослідження (УЗД) органів малої миски і ділянки пахвинного каналу. УЗД дало змогу достовірно підтвердити рецидив ПГ, тип грижі за відношенням грижового випину до нижньої епігастральної артерії, висоту пахвинного проміжку, наявність лігатурних гранульом, та виявляли супутню патологію органів малої миски. Пацієнти з виражений больовим синдром, для виключення неврологічної патології, були консультовані невропатологом після виконання магнітно-резонансної томографії попереково-крижової ділянки хребта. Чоловіки з супутньою урологічною

патологією проходили додаткове обстеження в уролога. Супутня патологія була виявлена у 625 (74,2%) пацієнтів: ішемічна хвороба серця, атеросклеротичний коронарокардіосклероз у 232, варикозне розширення вен ніг у 161, доброякісна гіперплазія простати та хронічний простатит у 102, хронічний бронхіт у 60, цукровий діабет II типу у 35, гіпертонічна хвороба та ожиріння I–II ступеню у 21, атрофія яєчка спостерігалась у 7 пацієнтів, лігатурні гранульоми у 6, нориці в ділянці післяопераційного рубця були у 1 хворого.

Оперативні втручання при не ускладненому першому рецидиві ПГ виконували під місцевою анестезією в поєднанні з нейролепаналгезією. При рецидивуючих і складних формах РПГ під спинномозковою анестезією або загальним знеболенням, за показами. Вибір способу реконструкції пахвинного каналу проводили в залежності від типу грижі, виду рецидиву, способу попередньої пластики, висоти пахвинного проміжку і ступеню атрофічних змін у м'язово-апоневротичних структурах пахвинного каналу, та наявності ускладнюючих чинників (лігатурні гранульоми, нориці, важка супутня патологія). При виконанні відкритої герніопластики робили широку мобілізацію і виділяли структурні складові ПК та нервові волокна. Також керувались рекомендаціями EHS [12]. При РПГ після відкритої герніопластики, за можливості, застосовувати TAPP, але в більшості випадків виконували відкритий передній безнатяжний спосіб алогерніопластики за Lichtenstein.

### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Результати інтраопераційної ревізії показали, що при прямій ПГ у 331 (39,3%) пацієнтів з R2 та 43 (5,1%) з R3 при першій операції була виконана аутопластика передньої стінки ПК за способом Girard-Спасокукоцького-Кімбаровського. Такий спосіб герніопластики не є патогенетично обґрунтованим, оскільки він не зміцнює задню стінку ПК. При косій ПГ у 335 (39,7%) пацієнтів з R1 та 4 (0,5%) з R3 первинна пластика виконана за способом Girard-Спасокукоцького-Кімбаровського, у 15 (1,8%) з R1 за способом Мартинова, без ознак корекції глибокого пахвинного кільця. У 19 (2,3%) пацієнтів R2 при першій операції була виконана пластика задньої стінки за Bassini і Shouldice. У 37 (4,4%) з R1, у 29 (3,4%) з R2 та у 3 (0,4%) з R3 була виконана реконструкція пахвинного каналу за Postempsky, що не є патогенетично обґрунтованим способом герніопластики у чоловіків репродуктивного віку. Рецидив прямої ПГ після пластики за Postempsky був обумовленим недостатньою фіксацією м'язово-апоневротичних

структур з медіальної сторони ПК. Рецидив косої ПГ після пластики за Postempsky, виник внаслідок ліквідації ПК, коли глибоке пахвинне кільце було, практично, навпроти створеного зовнішнього отвору для сім'яного канатика. З часом через рубцево-атрофічні зміни м'язів і прорізування швів на апоневрозі така реконструкція ПК була неспроможна протидіяти коливанням внутрішньочеревного тиску, створене зовнішнє пахвинне кільце розширювалося і виникав рецидив. У 21 (2,5%) пацієнта з R3 із пахвинно-калітковими грижами та великим гризовим дефектом із повною руйнацією задньої стінки ПК спосіб попередньої пластики було неможливо визначити, через значні рубцево-атрофічні зміни структур пахвинного каналу. У 5 (0,6%) пацієнтів з R1 при ревізії виявлені шви на передній стінці пахвинного каналу із захопленням внутрішнього косоного м'язу та гілочок клубово-пахвинного нерву без залучення пахвинної зв'язки в реконструкцію, по суті, не було виконано пластики ПК.

Реконструкцію ПК у 612 (72,7%) пацієнтів з R1 і R2, при першому рецидиві грижі, у яких порушення анатомічних структур ПК було незначним, виконали за способом Lichtenstein з корекцією глибокого пахвинного кільця та ушиванням поперечної фасції без натягу. У 10 (1,2%) пацієнтів з R1 виконали TAPP. У 73 (8,6%) з R2 і 10 (1,2%) з R3 при високому пахвинному проміжку застосували модифікований спосіб Lichtenstein, модифікація полягала в комбінованій реконструкції ПК шляхом укріплення задньої стінки за Bassini. Можливий натяг тканин усунули несенням послаблюючих розрізів (паралельно волокнам) апоневротичного сполучення внутрішнього косоного м'язу живота з глибоким листком піхви прямого м'язу, з подальшою пластикою за Lichtenstein, обов'язково перекривши послаблюючі розрізи проленовим імплантом. У 52 (6,2%) з R3 при зруйнованій задній стінці ПК виконали відкриту преперитонеальну алогерніопластику способом розробленим в клініці [13]. При рецидиві після пластики за Postempsky у 47 (5,6%) пацієнтів репродуктивного віку виконали реконструкцію ПК каналу з відновленням його стінок та пластикою за способом Lichtenstein, у 12 (1,4%) виконали відкриту преперитонеальну алогерніопластику з відновленням ПК, у 10 (1,2%) пацієнтів виконали TAPP. У 9 (1%) пацієнтів з багаторазово рецидивуючими грижами R3 та зруйнованою пахвинною зв'язкою виконали відкриту преперитонеальну алопластику з відновленням зв'язки способом розробленим в клініці [14]. У 7 (0,8%) пацієнтів з R1 і R2 з лігатурними гранульомами та супутнім цукровим

діабетом, після видалення лігатурних гранульом і нориці, виконали аутопластику за Bassini, через ризик запальних ускладнень з боку рани.

В таблиці №1 представлено поділ пацієнтів на групи за кількістю рецидивів та розмірів грижі з

відображенням способу попередньої пластики ПГ з анатомічними особливостями і паталогічними змінами ПК та який спосіб використали при повторних пластиках ПК.

Таблиця № 1. Вид рецидиву, спосіб попередньої та повторної пластики ПК

Вид рецидиву та розміри	Спосіб попередньої пластики ПК, анатомічні особливості і паталогічні зміни ПК	Спосіб повторної пластики ПК	Кількість пацієнтів
Перший R1, R2	Girard-Спасокукоцького-Кімбаровського, Мартинова. Помірні рубцево-атрофічні зміни	Lichtenstein	612 (72,7%)
Перший R1, R2	Girard-Спасокукоцького-Кімбаровського	TAPP	10 (1,2%)
Другий R2	Girard-Спасокукоцького-Кімбаровського, Bassini і Shouldice. Значні рубцево-атрофічні зміни	Модифікований Lichtenstein	73 (8,6%)
Перший R3	Girard-Спасокукоцького-Кімбаровського Високий пахвинний проміжок. Помірні рубцево-атрофічні зміни	Модифікований Lichtenstein	10 (1,2%)
Другий R3	Пластика передньої стінки, рубцево-атрофічні зміни, зруйнована задня стінка ПК	Відкрита преперитонеальна алопластика	52 (6,2%)
Перший R1, R2	Postempsky. Помірні рубцево-атрофічні зміни	Lichtenstein	47 (5,6%)
Перший R1, R2	Postempsky	TAPP	10 (1,2%)
Багаторазово рецидивуюча R2, R3	Postempsky. Значні рубцево-атрофічні зміни	Відкрита преперитонеальна алопластика	12 (1,4%)
Багаторазово рецидивуюча R3	Не визначений спосіб. Значні рубцево-атрофічні зміни, зруйнована задня стінка ПК	Відкрита преперитонеальна алопластика з відновленням пахвинної зв'язки	9 (1,1%)
Перший R1, Другий R2	Girard-Спасокукоцького-Кімбаровського хронічний запальний процес, лігатурні гранульом і нориці	Bassini	7 (0,8%)
Всього:			842 (100%)

З метою профілактики гнійно-запальних ускладнень з боку післяопераційної рани інтраопераційно видаляли "старі" лігатури, дренивали рану, призначали антибіотико профілактику та нестероїдні протизапальні препарати. В ранньому післяопераційному періоді ускладнення запального характеру спостерігались у 29 (3,4%) пацієнтів, в основному, які мали супутню патологію: ожиріння, цукровий діабет, приймали антикоагулянтну терапію та мали багаторазово рецидивуючу грижу з лігатурними гранульомами і норицею. Гематома утворилась в 5 (0,6%) пацієнтів, помірний набряк калитки і яєчка був у 10 (1,2%), гнійне запалення рани виникло у 1 (0,1%) хворого.

Активними консервативними заходами та дрениванням рани, до періоду виписки пацієнтів, ускладнення були ліквідовані.

Віддалені результати лікування проаналізовані у 801 пацієнта в строки спостереження від 1 до 23 років. Рецидив грижі виник у 1 (0,1%) пацієнта через відторгнення сітки внаслідок запальних процесів у рані. Стегнова грижа утворилась у одного пацієнта. Пацієнти були повторно прооперовані з використанням методики TAPP, в подальшому рецидив не спостерігався.

#### ВИСНОВКИ

Причиною рецидиву косої пахвинної грижі у 39,7% пацієнтів були рубцево-атрофічні зміни

структур пахвинного каналу, як результат натяжної пластики передньої стінки пахвинного каналу, та технічні помилки допущені при виконанні операції.

Основним фактором виникнення рецидиву прямої пахвинної грижі після аутопластики у 39,3% пацієнтів був неадекватно вибраний спосіб першої операції – пластика передньої стінки пахвинного каналу, та вікові рубцево-атрофічні зміни структур пахвинного каналу.

Покращання результатів хірургічного лікування хворих з пахвинними грижами може бути досягнуто шляхом індивідуального вибору патогенетично обґрунтованого, “безнатяжного” способу алогерніопластики направлено на укріплення задньої стінки пахвинного каналу і технічно вірного виконання самої операції, та більш широкого використання методики TAPP, особливо в акценті з рецидивними грижами.

#### ВКЛАД АВТОРІВ

Піотрович С.М. – концептуалізація, дизайн дослідження, аналіз отриманих даних, написання оригінального тексту;

Беседінський М.С. – обробка матеріалів, аналіз отриманих даних, переклад, редагування;

Кузнецов О.О. – збір матеріалів, обробка матеріалів.

#### ДЖЕРЕЛА ФІНАНСУВАННЯ

Дослідження не має зовнішніх джерел фінансування.

#### КОНФЛІКТ ІНТЕРЕСІВ

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

#### ЕТИКА ДОСЛІДЖЕННЯ

Усі процедури, які виконувалися, відповідали етичним стандартам закладу щодо клінічної практики, Гельсінської декларації 1964 р. з поправками і «Загальній декларації про біоетику та права людини (ЮНЕСКО)».

#### ВИКОРИСТАННЯ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ

Штучний інтелект при написанні статті не використовувався.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Wang F, Ma B, Ma Q, Liu X. Global, regional, and national burden of inguinal, femoral, and abdominal hernias: a systematic analysis of prevalence, incidence, deaths, and DALYs with projections to 2030. *Int J Surg.* 2024 Apr 1;110(4):1951-1967. <https://doi.org/10.1097/JS9.0000000000001071>. PMID: 38265437; PMCID: PMC11020045.
2. Bulyk I, Shkarban V, Vasyliuk S, Osadets V, Bitska I, Dmytruk O. The history of inguinal hernia surgery. *Rozh Chir.* 2023 Spring;102(4):149-153. English. <https://doi.org/10.33699/PIS.2023.102.4.149-153>. PMID: 37344194.
3. Simons MP, Smietanski M, Bonjer HJ et al. HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia.* 2018 Feb;22(1):1-165. <https://doi.org/10.1007/s10029-017-1668-x>. Epub 2018 Jan 12. PMID: 29330835; PMCID: PMC5809582.
4. Hori T, Yasukawa D. Fascinating history of groin hernias: Comprehensive recognition of anatomy, classic considerations for herniorrhaphy, and current controversies in hernioplasty. *World J Methodol.* 2021 Jul 20;11(4):160-186. <https://doi.org/10.5662/wjm.v11.i4.160>. PMID: 34322367; PMCID: PMC8299909.
5. Richmond BK, Totten C, Roth JS, Tsai J, Madabhushi V. Current strategies for the management of inguinal hernia: What are the available approaches and the key considerations? *Curr Probl Surg.* 2019 Oct;56(10):100645. <https://doi.org/10.1016/j.cpsurg.2019.100645>. Epub 2019 Jul 13. PMID: 31581983.
6. Junge K, Rosch R, Klinge U, Schwab R, Peiper Ch, Binnebösel M, Schenten F, Schumpelick V. Risk factors related to recurrence in inguinal hernia repair: a retrospective analysis. *Hernia.* 2006 Aug;10(4):309-15. <https://doi.org/10.1007/s10029-006-0096-0>. Epub 2006 May 23. PMID: 16721504.
7. Rodrigues-Gonçalves V, Martínez-López M, Verdaguera-Tremolosa M, Martínez-López P, López-Cano M. Elective Recurrent Inguinal Hernia Repair: Value of an Abdominal Wall Surgery Unit. *World J Surg.* 2023 Oct;47(10):2425-2435. <https://doi.org/10.1007/s00268-023-07080-8>. Epub 2023 Jun 2. PMID: 37266698; PMCID: PMC10474196.

8. Pompeu BF, Pasqualotto E, Marcolin P, Delgado LM, Pigossi BD, Leme LFP, Melland-Smith M, Poli de Figueiredo SM. Shouldice versus Lichtenstein inguinal hernia repair: A meta-analysis of randomized controlled trials. *World J Surg.* 2024 Nov;48(11):2604-2614. <https://doi.org/10.1002/wjs.12352>. Epub 2024 Sep 17. PMID: 39289161.
9. Ahmadinejad I, Jalali A, Ahmadinejad M, Soltanian A, Ahamdinejad Y, Shirzadi A, Chaghmirzayi P. Inguinal hernia: Lichtenstein VS Shouldice technique repair: A randomized controlled trial. *Surg Open Sci.* 2024 Jan 15;17:70-74. <https://doi.org/10.1016/j.sopen.2024.01.001>. PMID: 38298435; PMCID: PMC10828570.
10. Aiolfi A, Cavalli M, Ferraro SD, Manfredini L, Bonitta G, Bruni PG, Bona D, Campanelli G. Treatment of Inguinal Hernia: Systematic Review and Updated Network Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Ann Surg.* 2021 Dec 1;274(6):954-961. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000004735>. PMID: 33427757.
11. Köckerling F, Krüger C, Gagarkin I, Kuthe A, Adolf D, Stechemesser B, Niebuhr H, Jacob D, Riediger H. What is the outcome of re-recurrent vs recurrent inguinal hernia repairs? An analysis of 16,206 patients from the Herniamed Registry. *Hernia.* 2020 Aug;24(4):811-819. <https://doi.org/10.1007/s10029-020-02138-1>. Epub 2020 Feb 21. PMID: 32086633; PMCID: PMC7395905.
12. Campanelli G, Pettinari D, Nicolosi FM, Cavalli M, Avesani EC. Inguinal hernia recurrence: classification and approach. *Hernia* 2006 Apr;10(2):159-61. <https://doi.org/10.1007/s10029-005-0053-3>.
13. Tutchenko MI, Piotrovych SM, Vasylichuk OV. Optimization of surgical treatment of patients with recurrent inguinal hernia. *Klin Khir.* 2011 Aug;(8):46-48. PMID: 22013689.
14. Piotrovych SM, Tutchenko MI, Klyuzko IV. Preperitoneal method of alloplastic repair of inguinal and femoral hernias. Utility Model Patent No. 49521A. Published 2010 Apr 26. *Promyslova Vlasnist. Bulletin* No. 8.

### ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Піотрович Сергій Миколайович - кандидат медичних наук, доцент кафедри хірургії стоматологічного факультету Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, бульвар Тараса Шевченка, 13, Київ, 01601, Україна, e-mail: [psdoctor@online.ua](mailto:psdoctor@online.ua), [sergiypiotrovich1961@gmail.com](mailto:sergiypiotrovich1961@gmail.com), +380672625113

Беседінський Микола Сергійович - асистент кафедри хірургії стоматологічного факультету Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, бульвар Тараса Шевченка, 13, Київ, 01601, Україна, e-mail: [mr.besedinsky@gmail.com](mailto:mr.besedinsky@gmail.com), +380672820892

Кузнецов Олександр Олексійович - лікар-хірург, хірургічного відділення інноваційних технологій та пластичної хірургії КНП "Клінічна лікарня №15 Подільського району м. Києва", вулиця Григорія Сковороди, 2, м. Київ, 04070, Україна, e-mail: [hirurg.Kuznecov@gmail.com](mailto:hirurg.Kuznecov@gmail.com), +380679770821

**Одержано 03.03.2025**

**Затверджено до друку 24.05.2025**

**Опубліковано 30.03.2026**