



Махрамов Улугбек Ташпулатович¹, Давлатов Салим Сулаймонович²

1 - Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Самарканд;

2 - Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

ЧОВ ЧУРРАЛАРИДА ЗАМОНАВИЙ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Махрамов Улугбек Ташпулатович¹, Давлатов Салим Сулаймонович²

1 - Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Самарканд филиали,

Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.;

2 – Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

MODERN METHODS OF SURGICAL TREATMENT OF INGUINAL HERNIAS

Makhramov Ulugbek Tashpulatovich¹, Davlatov Salim Sulaymonovich²

1 - Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Samarkand;

2 - Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: info@bdti.uz

Резюме. Мақолада қисилган чов чурраларни даволашнинг замонавий усуллари бўйича адабиётларни тизимли таҳлили, шунингдек, унинг хавфсизлиги ва мақсадга мувофиқлигини баҳолаш бўйича маълумотлар келтирилган. Қисилган чов чурраларни лапароскопик даволаш бўйича адабиётларни тизимли излаш шуни кўрсатдики, қисилган чов чурраларида шошилинч жарроҳлик ёрдамнинг кенг тарқалган кўриниши бўлиб, одатда очиқ жарроҳлик йўли билан даволанади. Сўнги йилларда лапароскопик усул бир нечта муаллифлар томонидан ёритилган, аммо жарроҳлар орасида баҳс-мунозараларга сабаб бўлган. Биз асоратланган / қисилган чов чурраларга лапароскопик ёндашувни унинг қисилган чурраларни лапароскопик даволашда қўлланилишига оид адабиётларни кўриб чиқиш асосида ёритамиз. Хулоса қилиб шуни айтиш мумкинки, қисилган чов чурраларни лапароскопик даволаш мақбул натижаларга эга бўлган мумкин бўлган амалиёт ҳисобланади; аммо, унинг самарадорлиги қўшимча ўрганишни талаб қилади, идеал ҳолда кўп тармоқли илмий марказларда узоқ вақт давомида назорат остида синовлар орқали ўрганишни тафовут этади.

Калит сўзлар: чов чурраси, асорат, қисилиш, даволаш, лапароскопия, натижа.

Abstract. The article provides a systematic review of the literature on modern methods of treatment of strangulated inguinal hernias, as well as to assess its safety and feasibility. A systematic search of the literature reporting on the laparoscopic treatment of strangulated inguinal hernias showed that acute inguinal hernias are a common manifestation of urgent surgical care, which is usually treated with open surgery. In recent years, the laparoscopic approach has been described by several authors, but has generated controversy among surgeons. We describe the laparoscopic approach to incarcerated/incarcerated inguinal hernias based on a review of the literature regarding its applicability in the laparoscopic treatment of incarcerated hernias. In summary, it can be concluded that laparoscopic repair of strangulated inguinal hernias is a feasible procedure with acceptable results; however, its efficacy requires further study, ideally through larger multicenter randomized controlled trials.

Key words: inguinal hernia, complication, infringement, treatment, laparoscopy, outcome.

История. Эта болезнь сопровождала человечество с момента его появления. Тяжелый физический труд, патология мышц брюшной стенки или увеличение внутрибрюшного давления по различным причинам - все это приводило (и приводит сейчас) к появлению грыж. Первые записи

и наблюдения были сделаны тысячи лет назад египтянами. Грыжи в то время не наблюдались должным образом, со временем становились очень большими и бросались в глаза наблюдателям и исследователям. К тому же, если известный человек страдал грыжей, он изображался вместе с

ней. Первые попытки вылечить болезнь предпринимались уже тогда. У мумии фараона Менепты (1215 год до н. э.) отсутствовала мошонка, но не пенис. Предполагается, что египетский хирург пытался вылечить возникшую паховую грыжу. Самое раннее письменное упоминание грыж также принадлежит египтянам: в папирусе Эберса около 1500 года до нашей эры. Следующая сохранившаяся запись была сделана больше, чем через тысячу лет - в 300 году до н. э. Гиппократ упоминал грыжи и выявил закономерность между разновидностью грыж и определенными профессиями. Примерно в то же время Герофил из Халкидона и Эразистрат, как полагают историки, провели успешную операцию по устранению грыжи. На этом заканчивается исторический период до нашей эры. Большой по длительности, но не по значимости [40].

Введение. Грыжи брюшной стенки встречаются часто, с распространенностью 1,7% для всех возрастов и 4% для лиц старше 45 лет. Паховые грыжи составляют 75% грыж брюшной стенки, при этом пожизненный риск составляет 27% у мужчин и 3% у женщин [5, 8, 25]. Пластика паховой грыжи - одна из наиболее распространенных операций в общей хирургии, частота которой варьирует от 10 на 100 000 населения в Соединенном Королевстве до 28 на 100 000 населения в США. В 2001-2002 годах в Англии было выполнено около 70 000 вмешательств по поводу паховых грыж (62 969 первичных, 4939 повторных), что потребовало более 100 000 койко-дней. Девяносто пять процентов пациентов, обращающихся за первичной медико-санитарной помощью, составляют мужчины, и у мужчин заболеваемость возрастает с 11 на 10 000 человеко-лет в возрасте 16-24 лет до 200 на 10 000 человеко-лет в возрасте 75 лет и старше [9, 21, 38].

Паховые грыжи являются обычными проявлениями в клиниках общей хирургии, когда они вправимы, и в отделение неотложной помощи, когда они ущемляют или ущемляются. Плановая операция по поводу паховой грыжи имеет очень низкую смертность (<1 смерть на 10000 операций). Напротив, риск послеоперационных осложнений после неотложной хирургии высок, а у пожилых пациентов смертность может достигать 5%. Вероятность ущемления грыжи в литературе колеблется от 0,29% до 2,9%. Классическим подходом к таким проявлениям является открытая операция, при которой грыжа вправляется после индукции анестезии и мышечной релаксации, или во время операции, когда грыжевой мешок рассекается или грыжевой дефект расширяется. Лапароскопический подход остается спорным и даже противоречивым, но в нескольких исследованиях в литературе описаны пионеры, опубликовавшие этот подход, причем Radcliffe G. и соавт. были

первыми, кто сообщил об уменьшении грыжи и резекции кишечника лапароскопическим путем в 1997 году. После этого несколько авторов исследовали целесообразность использования этого доступа при ущемленных и ущемленных паховых грыжах [18, 26, 30, 32].

Как проявляются паховые грыжи? Паховые грыжи проявляются выпячиванием в паху, которая исчезает при минимальном надавливании или когда пациент находится в лежачем состоянии. Большинство из них вызывают легкий или умеренный дискомфорт, который усиливается при активности. Треть пациентов, которым назначена операция, не испытывают боли, а сильная боль встречается редко (1,5% в покое и 10,2% при движении). Паховые грыжи подвержены риску неврастимости или ущемления, что может привести к странгуляции и непроходимости; однако, в отличие от бедренных грыж, странгуляция встречается редко. Согласно национальной статистике Англии, в 1998-1999 годах 5% пластики первичной паховой грыжи приходилось на экстренные операции [7, 12, 27, 29]. Пожилой возраст и большая продолжительность грыжи и неврастимость являются факторами риска острых осложнений. Kykalos S. и его коллеги изучали проявления паховых грыж с «рабочим диагнозом странгуляции». Только у 14 из 22 пациентов с острой грыжей во время операции были повреждены ткани, при этом одному из 439 пациентов потребовалась резекция кишечника. Хотя количество исследований невелико, эти результаты подчеркивают редкость удушья. Недавнее более крупное исследование оценило риск удушья в течение жизни в 0,27% для 18-летнего мужчины и 0,03% для 72-летнего мужчины [5, 14, 16, 35, 38].

Как клинически оценивается паховая грыжа? Грыжа считается вправимой, если она возникает периодически (например, при натуживании или стоянии) и может быть вправлена обратно в брюшную полость, и не вправимой, если она постоянно остается вне брюшной полости. Вправимая грыжа обычно является хроническим заболеванием, и диагноз ставится клинически на основании типичных симптомов и признаков. Состояние может быть односторонним или двусторонним и может рецидивировать после лечения (рецидив грыжи) [9, 15, 37].

Как лечить паховую грыжу? Хирургия является методом выбора, варьирующимся от нейлоновой сетки, слоев Шолдайса, сетки Лихтенштейна до лапароскопической коррекции. Оптимальное восстановление было оценено рандомизированными клиническими испытаниями и популяционными исследованиями.

Сетка или наложение швов? Мета-анализ, проведенный Европейским сообществом исследователей грыж, сравнил использование сетки с ме-

тодами наложения швов из 58 исследований, включающих в общей сложности 11 174 пациента. Индивидуальные данные о пациентах были доступны для 6901 пациента [20, 33]. Рецидивы были менее распространены после пластики сеткой (отношение шансов 0,43 (95% доверительный интервал от 0,34 до 0,55)). Популяционное исследование, в котором изучался риск рецидива через пять лет и более после первичной пластики сеткой (пластика по Лихтенштейну) и наложения швов на паховую грыжу у 13 674 пациентов, показало, что рецидив после пластики сеткой составляет четверть от риска после пластики с наложением швов (отношение рисков 0,25 (от 0,16 до 0,40) [2, 13, 17, 26].

Открытая пластика с сеткой может быть воспроизведена хирургами, не являющимися специалистами, и, следовательно, открытая пластика является предпочтительной техникой пластики первичной паховой грыжи.

Открытая или лапароскопическая пластика? Систематический обзор и метаанализ рандомизированных клинических исследований показали, что по сравнению с открытой пластикой лапароскопическая хирургия грыжи связана с более длительным временем операции, но менее сильной послеоперационной болью, меньшим количеством осложнений и более быстрым возвращением к нормальной деятельности. Лапароскопическая хирургия связана с более высокой частотой рецидивов во время кривой обучения, но вызывает меньше хронической боли и онемения при оценке с помощью опросника в течение пяти лет после операции. Национальный институт здравоохранения и клинического мастерства (NICE) недавно рекомендовал лапароскопическую операцию в качестве варианта лечения паховой грыжи и заявил, что пациенты должны быть полностью информированы о рисках и преимуществах открытой и лапароскопической хирургии, чтобы они могли выбирать между процедурами [1, 7, 16, 39].

Местная, общая или регионарная анестезия? В недавнем шведском многоцентровом исследовании пациенты были рандомизированы для получения местной инфильтрационной анестезии, регионарной анестезии или общей анестезии для пластики паховой грыжи в неспециализированных центрах. Исследование выявило значительное преимущество местной инфильтрационной анестезии, которое было связано с более коротким пребыванием в стационаре, менее сильной послеоперационной болью и меньшими трудностями при мочеиспускании. Значительное снижение общих затрат было обнаружено при использовании местной анестезии из-за более короткого общего времени в операционной, более ранней выписки и требований к оборудованию [22, 37].

Другие исследования сообщают о сходных результатах, но с менее выраженными различиями. Это может быть результатом отсутствия стандартизации общей анестезии в шведском исследовании. Однако многие страны по-прежнему используют общую или регионарную анестезию для герниопластики, а местная анестезия используется в меньшинстве. Недавнее исследование 57 505 плановых операций по удалению паховой (в основном паховой) грыжи в Дании показало, что 64% из них были выполнены под общей анестезией, 18% - под регионарной анестезией и 18% - под местной анестезией. Регионарная анестезия дает наилучшие результаты и, вероятно, играет незначительную роль в современной хирургии паховой грыжи. Плохое использование местной анестезии может быть связано с хирургической традицией, предпочтениями хирурга, неадекватной технической квалификацией и недостаточным стимулом для рентабельных методов [5, 28, 31, 36].

Есть ли роль грыжевого бандажа? Использование бандажа для лечения паховой грыжи известно с древних времен. Ношение бандажа была популярна в Великобритании в эпоху длительного ожидания операции; однако пациентам трудно с ним справиться, и его нельзя рекомендовать в качестве окончательной формы лечения.

Какой период восстановления после операции на паховой грыже? Выздоровление имеет социально-экономическое значение. Одноцентровые исследования предполагают, что для большинства операций должно быть достаточно пяти-восьми дней, хотя исследования трудно интегрировать из-за различных определений выздоровления. Недавно Bay-Nielsen и его коллеги исследовали период выздоровления после пластики по Лихтенштейну в исследовании случай-контроль с использованием данных из базы данных Danish hernia. Средняя продолжительность отсутствия на работе составила семь дней. Исследование показало, что один день выздоровления возможен без увеличения числа рецидивов. Боль была наиболее частой причиной задержки возвращения к работе (60%), за ней следовали проблемы с ранами (20%) [9, 11, 20, 30, 41].

Ранние осложнения. Летальность. Уровень летальности при плановой пластике грыжи ниже или аналогичен стандартизированному уровню смертности в популяции. Bay-Nielsen и его коллеги опубликовали результаты проспективной датской базы данных о 26 304 грыжах. Четыре процента операций по поводу паховой грыжи были экстренными. После плановой операции наблюдалась 30-дневная смертность 0,02% у пациентов в возрасте до 60 лет и 0,48% у пациентов в возрасте 60 лет и старше. При неотложной хирургии смертность составила 7%, что соответствует показателям шведского регистра грыж;

данные Шотландского аудита хирургической смертности показывают, что общий уровень смертности при пластике паховой грыжи составляет 0,2%, при этом большинство смертей приходится на пожилых людей с оценкой ASA (Американская ассоциация анестезиологов) от трех и выше [20, 29].

Раневые осложнения и инфекции области послеоперационной раны. Синяки и гематомы являются обычным явлением после пластики грыжи, а частота инфицирования ран варьирует от 1% до 7%. Недавние мета-анализы из Кокрановского обзора и из другого обзора показывают, что профилактическое назначение антибиотиков не снижает частоту инфекций в области хирургического вмешательства. В Кокрейновском обзоре в трех из восьми рандомизированных контролируемых испытаний использовались протезные материалы, тогда как в остальных исследованиях их не применяли. Различий в частоте инфекций области хирургического вмешательства между группами выявлено не было. Однако анализ подгрупп показал, что при пластике сеткой может иметь место защитный эффект, но размер выборки был недостаточным [10, 19, 34].

Поздние осложнения. Рецидив грыжи. Крупные когортные исследования, проведенные в специализированных центрах, выявили очень низкую частоту рецидивов после открытой пластики с использованием сетки, а метаанализ рандомизированных клинических исследований выявил более низкую частоту рецидивов при пластике с использованием сетки. Баттерс и его коллеги недавно сообщили о длительном наблюдении за исследованием, в котором сравнивались три техники (Шолдайса, Лихтенштейна и трансабдоминальная предбрюшинная техника) в одном немецком учреждении. Частота рецидивов была выше в группе исследования по Шолдайсу и столь же низкая в двух других группах. Популяционные исследования также подтверждают снижение частоты рецидивов при пластике сеткой; однако в этих исследованиях частота повторных операций используется в качестве суррогатных маркеров рецидива, поэтому истинные рецидивы могут быть недооценены. От 30 до 50% пациентов с рецидивом грыжи либо не подозревают о рецидиве, либо не желают повторной пластики [3, 5, 7, 30, 34].

Хроническая боль - это боль, которая сохраняется или возникает после нормального заживления тканей, и ее можно с полным основанием определить как боль, сохраняющуюся через три месяца после пластики паховой грыжи. Около 30% пациентов при опросе или заполнении конфиденциальной анкеты сообщают о длительной боли или дискомфорте в месте грыжесечения. При опросе в клинике 10% сообщают о боли, ко-

торая обычно незначительна, но может быть умеренной до сильной у 3% пациентов, мешающей работе и отдыху. Хроническая боль является наиболее серьезным долговременным осложнением герниопластики и может сохраняться в течение нескольких лет. Причина боли плохо изучена и более вероятна у молодых пациентов, которые в первую очередь испытывали сильную боль из-за грыжи. Регрессионный анализ популяционных исследований выявил четыре фактора в качестве независимых предикторов хронической боли: высокий уровень боли до операции; возраст; передний хирургический доступ; и послеоперационное осложнение. Пациентов лучше всего лечить путем направления в клинику боли, где можно применить многопрофильный подход. Хирургическое исследование с иссечением нерва и удалением сетки предназначено для тех, у кого медикаментозное лечение не помогает [2, 6, 24, 33, 41].

Бесплодие. Частота бесплодия после пластики паховой грыжи выше, чем в общей популяции. Повреждение семявыводящего протока во время операции оценивается в 0,3% у взрослых и 0,8-2,0% у детей. Повреждение яичка, ведущее к атрофии, может произойти в 0,5% случаев первичной пластики грыжи, с 10-кратным увеличением при повторной пластике. Таким образом, снижение частоты рецидивов с помощью пластики сеткой может уменьшить потерю яичек и бесплодие [4, 16, 23, 30, 35].

Будущие направления. Хроническая боль является наиболее распространенной и серьезной долгосрочной проблемой после пластики паховой грыжи. Многие вопросы в этой области остаются без ответа. К ним относятся влияние восстановления на сексуальную функцию/диссекуляцию; выявление предоперационных факторов риска, которые могут надежно предсказать хроническую боль; способствуют ли интраоперационные события, такие как воздействие на нерв или непреднамеренное повреждение нерва; и вовлечены ли другие аспекты хирургической техники (такие как сетка или техника фиксации).

Литература:

1. Antoniou S. A. et al. Meta-analysis of randomized trials comparing nonpenetrating vs mechanical mesh fixation in laparoscopic inguinal hernia repair //The American Journal of Surgery. – 2016. – Т. 211. – № 1. – С. 239-249. e2.
2. Bittner J. G. Incarcerated/strangulated hernia: open or laparoscopic? //Advances in surgery. – 2016. – Т. 50. – № 1. – С. 67-78.
3. Bittner R., Schwarz J. Inguinal hernia repair: current surgical techniques //Langenbeck's archives of surgery. – 2012. – Т. 397. – С. 271-282.
4. Boughey J. C., Nottingham J. M., Walls A. C. Richter's hernia in the laparoscopic era: four case

- reports and review of the literature //Surgical Laparoscopy Endoscopy & Percutaneous Techniques. – 2003. – T. 13. – №. 1. – C. 55-58.
5. Chen P. et al. Risk factors for bowel resection among patients with incarcerated groin hernias: a meta-analysis //The American Journal of Emergency Medicine. – 2020. – T. 38. – №. 2. – C. 376-383.
6. Cheung T. T., Chan K. L. Laparoscopic inguinal hernia repair in children //Annals of the College of Surgeons of Hong Kong. – 2003. – T. 7. – №. 3. – C. 94-96.
7. Chiow A. K. H., Chong C. K., Tan S. M. Inguinal hernias: a current review of an old problem //Proceedings of Singapore Healthcare. – 2010. – T. 19. – №. 3. – C. 202-211.
8. Chitrabalam T. G. et al. Diagnostic difficulties in obturator hernia: a rare case presentation and review of literature //BMJ Case Reports CP. – 2020. – T. 13. – №. 9. – C. e235644.
9. Collaboration I. T. Operation compared with watchful waiting in elderly male inguinal hernia patients: a review and data analysis //J Am Coll Surg. – 2011. – T. 212. – №. 2. – C. 251-259.
10. De Lange D. H. et al. Inguinal hernia surgery in the Netherlands: are patients treated according to the guidelines? //Hernia. – 2010. – T. 14. – C. 143-148.
11. Deeba S. et al. Obturator hernias: a review of the laparoscopic approach //Journal of Minimal Access Surgery. – 2011. – T. 7. – №. 4. – C. 201.
12. Ein S. H., Njere I., Ein A. Six thousand three hundred sixty-one pediatric inguinal hernias: a 35-year review //Journal of pediatric surgery. – 2006. – T. 41. – №. 5. – C. 980-986.
13. Horák P. et al. The most recent recommendations for the surgical treatment of inguinal hernia //Rozhledy v Chirurgii: Mesicnik Ceskoslovenske Chirurgicke Spolecnosti. – 2019. – T. 98. – №. 7. – C. 268-272.
14. Köckerling F. et al. Trends in Emergent Groin Hernia Repair—An Analysis From the Herniamed Registry //Frontiers in Surgery. – 2021. – T. 8. – C. 655755.
15. Kurbaniyazov Z. B. et al. Improved method of tension-free hernia alopasty for inguinal hernias //Шпитальна хірургія. Журнал імені ЛЯ Ковальчука. – 2017. – №. 1. – C. 71-74.
16. Kykalos S. et al. Inguinal Hernias in Cirrhotic Patients: From Diagnosis to Treatment //Surgical Innovation. – 2021. – T. 28. – №. 5. – C. 620-627.
17. Lau W. Y. History of treatment of groin hernia //World journal of surgery. – 2002. – T. 26. – C. 748-759.
18. Lin Y. T., Weng T. Y., Tam K. W. Effectiveness and safety of mesh repair for incarcerated or strangulated hernias: a systematic review and meta-analysis //World journal of surgery. – 2020. – T. 44. – C. 2176-2184.
19. Liu J. et al. If laparoscopic technique can be used for treatment of acutely incarcerated/strangulated inguinal hernia? //World Journal of Emergency Surgery. – 2021. – T. 16. – №. 1. – C. 1-6.
20. Losanoff J. E., Richman B. W., Jones J. W. Obturator hernia //Journal of the American College of Surgeons. – 2002. – T. 194. – №. 5. – C. 657-663.
21. Lyass S., Kim A., Bauer J. Perforated appendicitis within an inguinal hernia: case report and review of the literature //American Journal of Gastroenterology (Springer Nature). – 1997. – T. 92. – №. 4.
22. McBee P. J. et al. Current status of inguinal hernia management: A review //International Journal of Abdominal Wall and Hernia Surgery. – 2022. – T. 5. – №. 4. – C. 159.
23. Moufid K., Touiti D., Mohamed L. Inguinal bladder hernia: four case analyses //Reviews in urology. – 2013. – T. 15. – №. 1. – C. 32.
24. Natsis K. et al. Bilateral femoral hernia in a male cadaver with vascular variations: case report and review of the literature //Hernia. – 2006. – T. 10. – C. 347-349.
25. Ndong A. et al. Is Desarda technique suitable to emergency inguinal hernia surgery? A systematic review and meta-analysis //Annals of Medicine and Surgery. – 2020. – T. 60. – C. 664-668.
26. Nguyen E. T., Komenaka I. K. Strangulated femoral hernia containing a perforated appendix //Canadian Journal of Surgery. – 2004. – T. 47. – №. 1. – C. 68.
27. Nieuwenhuizen J. et al. Indications for incisional hernia repair: an international questionnaire among hernia surgeons //Hernia. – 2008. – T. 12. – C. 223-225.
28. O'Rourke M. G. E., O'Rourke T. R. Inguinal hernia: Aetiology, diagnosis, post-repair pain and compensation //ANZ Journal of Surgery. – 2012. – T. 82. – №. 4. – C. 201-206.
29. Piperos T. et al. Clinical significance of de Garengeot's hernia: a case of acute appendicitis and review of the literature //International Journal of Surgery Case Reports. – 2012. – T. 3. – №. 3. – C. 116-117.
30. Radcliffe G., Stringer M. D. Reappraisal of femoral hernia in children //Journal of British Surgery. – 1997. – T. 84. – №. 1. – C. 58-60.
31. Ramachandran V., Edwards C. F., Bichianu D. C. Inguinal hernia in premature infants //Neoreviews. – 2020. – T. 21. – №. 6. – C. e392-e403.
32. Ramanan B., Maloley B. J., Fitzgibbons R. J. Inguinal hernia: follow or repair? //Advances in surgery. – 2014. – T. 48. – №. 1. – C. 1-11.
33. Rutkow I. M., Robbins A. W. Classification systems and groin hernias //Surgical Clinics of North America. – 1998. – T. 78. – №. 6. – C. 1117-1127.
34. Sameshima Y. T. et al. The challenging sonographic inguinal canal evaluation in neonates

- and children: an update of differential diagnoses //Pediatric radiology. – 2017. – Т. 47. – С. 461-472.
- 35.Sayinayev F. K. et al. Laparoscopic treatment of incisional ventral hernias //湖南大学学报 (自然科学版). – 2021. – Т. 48. – №. 7. – С. 143-149.
- 36.Shakil A. et al. Inguinal hernias: diagnosis and management //American family physician. – 2020. – Т. 102. – №. 8. – С. 487-492.
- 37.Shapiro K. et al. Totally extraperitoneal repair of obturator hernia //Surgical endoscopy. – 2004. – Т. 18. – С. 954-956.
- 38.Sulaymonovich D. S. et al. Non-tension hernia plastic with inguinal hernia // Problems of modern science and education. – 2017. – №. 24 (106). – С. 58-62.
- 39.Usarov Sh., Davlatov S., Raxmanov K. Modified method of inguinal hernia repair // Journal of Hepato-Gastroenterological Research. – 2020. – Т. 1. – №. 3. – С. 49-53.
- 40.Van Hee R. History of inguinal hernia repair //Jurnalul de chirurgie. – 2011. – Т. 7. – №. 3.
- 41.Wozniewska P. et al. Inguinal hernias—the review of literature //Post N Med. – 2018. – Т. 31. – №. 5. – С. 287-291.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Махрамов У.Т., Давлатов С.С.

Резюме. В статье проводится систематический обзор литературы современных методов лечения ущемлённых паховых грыж, а также для оценки его безопасности и осуществимости. Проведенный систематический поиск литературы сообщающих о лапароскопическом лечении ущемленных паховых грыж показал, что, острые паховые грыжи являются распространённым проявлением urgentной хирургической помощи, которую обычно лечат открытым хирургическим путем. В последние годы лапароскопический подход был описан несколькими авторами, но вызвал споры среди хирургов. Мы описываем лапароскопический доступ к ущемленным/ущемленным паховым грыжам на основе обзора литературы в отношении его применимости при лапароскопическом лечении ущемлённой грыжи. Резюмируя, можно прийти к заключению, что лапароскопическое лечение ущемленных паховых грыж, является выполнимой процедурой с приемлемыми результатами; тем не менее, его эффективность требует дальнейшего изучения, в идеале с помощью более крупных многоцентровых рандомизированных контролируемых исследований.

Ключевые слова: паховые грыжи, осложнение, ущемление, лечение, лапароскопия, исход.