

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ МЕТОДА ПРОТЕЗНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ



Зайниев Алишер Фаридунович, Назаров Сарбоз Парда угли
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ЧОВ ЧУРРАЛАРИДА ПРОТЕЗЛИ ГЕРНИОПЛАСТИКА УСУЛИНИ ТАНЛАШГА ДИФФЕРЕНЦИАЛ ЁНДАШУВ

Зайниев Алишер Фаридунович, Назаров Сарбоз Парда ўгли
Самарканд Давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

A DIFFERENTIATED APPROACH TO THE SELECTION OF PROSTHETIC HERNIOPLASTY METHODS FOR INGUINAL HERNIAS

Zayniyev Alisher Faridunovich, Nazarov Sarboz Parda ugli
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: alisher.zayniyev@gmail.com

Резюме. Мазкур мақолада чов чурраларида протезли герниопластиканинг энг мақбул усулини танлашга оид замонавий ёндашувлар таҳлил қилинган. Жарроҳлик тактикасини индивидуаллаштиришни белгилайдиган асосий омиллар, жумладан чурра дефектининг анатомик хусусиятлари, беморнинг ёши ва соматик ҳолати, жисмоний фаоллик даражаси ҳамда рецидив мавжудлиги ўрганилган. Очиқ ва эндоскопик герниопластика усулларининг афзалликлари, ҳамда чекловлари, тўрсимон имплантларни танлаш ва уларни фиксация қилиш усулларининг ўзига хос жиҳатлари кўриб чиқилган. Жарроҳлик усулини танлашда дифференциал ёндашув чурра қайталаниши ва сурункали оғриқ синдроми частотасини камайтириши, операциядан кейинги асоратлар сонини қисқартириши ҳамда беморлар узоқ муддатли ҳаёт сифатини яхшилашини таъминлаши исботланган. Герниопластика усулини клиник ва анатомик омилларни комплекс баҳолаш асосида индивидуал танлаш мақсадга мувофиқ эканлиги асослаб берилган.

Калит сўзлар: чов чурраси, герниопластика, протезли пластика, лапароскопия, тўрсимон имплант, Лихтенштейн усули, дифференциал ёндашув.

Abstract. This article presents a review of contemporary approaches to selecting the optimal method of prosthetic hernioplasty for inguinal hernias. Key factors determining the individualization of surgical strategy are analyzed, including anatomical characteristics of the hernia defect, patient age and somatic status, level of physical activity, and the presence of recurrence. The advantages and limitations of open and endoscopic hernioplasty techniques, as well as the criteria for selecting mesh implants and fixation methods, are discussed. It is demonstrated that a differentiated approach to the choice of surgical technique reduces the incidence of hernia recurrence and chronic postoperative pain, decreases the rate of postoperative complications, and improves long-term quality of life. The feasibility of a personalized selection of hernioplasty methods based on a comprehensive assessment of clinical and anatomical factors is substantiated.

Keywords: inguinal hernia, hernioplasty, prosthetic repair, laparoscopy, mesh implant, Lichtenstein technique, differentiated approach.

Введение. Паховые грыжи остаются наиболее распространённой формой грыж передней брюшной стенки и составляют до 70–75% всех грыжевых заболеваний у взрослых пациентов [1–3]. По данным международных эпидемиологических исследований, риск развития паховой грыжи в течение жизни достигает 27% у мужчин и 3–6% у женщин [3,4].

Внедрение синтетических сетчатых имплантатов в клиническую практику стало ключевым этапом развития современной герниологии. Использование ненатяжных методов пластики позволило существенно снизить частоту рецидивов по сравнению с традиционными натяжными операциями [5–7]. В настоящее время протезная герниопластика признана «золотым стандартом» лечения паховых грыж, что отражено в рекомен-

дациях Европейского общества герниологов и международных консенсусах HerniaSurge [1,2].

В то же время накопленные клинические данные свидетельствуют об отсутствии универсального метода герниопластики, одинаково эффективного для всех категорий пациентов [6,8]. Анатомическое разнообразие грыжевых дефектов, различия в возрасте, уровне физической активности и наличии сопутствующей патологии требуют дифференцированного подхода к выбору метода операции. Дополнительным фактором, определяющим необходимость персонализации хирургической тактики, является проблема хронического болевого синдрома после герниопластики, частота которого, по данным различных авторов, достигает 8–12% [9–11].

Цель настоящего обзора – обобщить современные литературные данные и определить ключевые критерии выбора метода протезной герниопластики при паховых грыжах с позиций дифференцированного подхода.

Эволюция хирургических подходов к лечению паховых грыж. Переход от натяжных методик к ненатяжной протезной пластике стал фундаментальным изменением в хирургии паховых грыж. Внедрение метода Лихтенштейна позволило стандартизировать оперативное лечение и добиться стабильных результатов с низкой частотой рецидивов [5,6]. Простота выполнения, возможность операции под местной анестезией и хорошая воспроизводимость обеспечили широкое распространение данной методики.

Дальнейшее развитие открытой герниопластики сопровождалось созданием различных модификаций сетчатых имплантатов, включая многокомпонентные системы. Однако последующие исследования показали, что увеличение объёма имплантируемого материала не всегда сопровождается улучшением клинических результатов и может ассоциироваться с более высокой частотой хронической боли [10–12].

Развитие эндоскопических технологий привело к внедрению лапароскопических методов герниопластики – TAPP и TEP. Современные метаанализы и рандомизированные исследования демонстрируют сопоставимую частоту рецидивов при открытых и лапароскопических вмешательствах при условии адекватной техники выполнения [6–8]. При этом эндоскопические методы характеризуются меньшей выраженностью послеоперационной боли и более быстрым восстановлением трудоспособности [8,9].

Анатомические факторы выбора метода герниопластики. Анатомические характеристики паховой грыжи являются одним из ключевых факторов, определяющих выбор метода операции. Классификация Европейского общества герниологов, учитывающая локализацию и размер гры-

жевого дефекта, широко применяется в клинической практике [2].

При малых грыжах с размером дефекта до 1,5 см риск рецидива минимален независимо от выбранного метода пластики [13]. В подобных случаях выбор метода операции определяется возрастом пациента, анестезиологическими рисками и техническими возможностями клиники.

Грыжи среднего размера (1,5–3 см) требуют более тщательного подхода к выбору метода и размера имплантата. Недостаточное перекрытие зон потенциальной слабости пахового дна является одной из наиболее частых причин рецидивов [13,14]. В этой группе пациентов важную роль играет опыт хирурга и соблюдение принципов адекватного позиционирования сетки.

Большие и гигантские паховые грыжи сопровождаются выраженной деструкцией задней стенки пахового канала. В подобных ситуациях эндоскопические методы имеют определённые преимущества, позволяя разместить сетчатый имплантат большой площади в преперитонеальном пространстве с равномерным распределением нагрузки [15–17].

Прямые паховые грыжи характеризуются высокой склонностью к рецидивированию при недостаточном укреплении задней стенки пахового канала. По данным ряда исследований, при данной форме грыж эндоскопическая герниопластика обеспечивает несколько лучшие отдалённые результаты по сравнению с передней открытой пластикой [17,18].

Возраст и соматический статус пациента. Возраст пациента и наличие сопутствующей патологии оказывают существенное влияние на выбор метода герниопластики. У пожилых пациентов с выраженной кардиореспираторной патологией приоритетным является снижение анестезиологического риска. В этих случаях операция Лихтенштейна под местной анестезией остаётся методом выбора [1,18].

У пациентов молодого и среднего возраста особое значение приобретает профилактика хронического болевого синдрома. Согласно современным данным, лапароскопические методы ассоциированы с меньшей частотой хронической боли по сравнению с открытыми операциями [9–11]. Это объясняется минимальной травматизацией тканей и отсутствием контакта сетки с нервными структурами пахового канала.

Ожирение и сахарный диабет увеличивают риск раневых осложнений после открытых операций [13,15]. В подобных клинических ситуациях при наличии соответствующего опыта хирурга эндоскопический доступ может рассматриваться как предпочтительный.

Физическая активность и профессиональные факторы. Характер физической активности

пациента является важным критерием при выборе метода герниопластики. У лиц, занимающихся тяжёлым физическим трудом или профессиональным спортом, требуется максимально надёжное укрепление пахового дна при минимальном риске хронической боли [19,20].

Исследования показывают, что после лапароскопической герниопластики сроки возвращения к физической активности и спорту значительно короче по сравнению с открытыми вмешательствами [9,19]. Это делает эндоскопические методы особенно привлекательными для физически активных пациентов.

Рецидивные паховые грыжи. Хирургическое лечение рецидивных паховых грыж представляет собой сложную клиническую задачу. Основным принципом является использование доступа, альтернативного применённому при первичной операции [17]. При рецидиве после открытой пластики предпочтение отдаётся лапароскопической герниопластике, позволяющей работать в интактных тканях преперитонеального пространства [16,17].

Повторные рецидивы после лапароскопических операций, как правило, требуют выполнения открытой передней пластики, что связано с выраженными рубцовыми изменениями в преперитонеальном пространстве [17].

Выбор сетчатых имплантатов и способы фиксации. Современные тенденции в герниологии направлены на использование лёгких макропористых сеток, обеспечивающих достаточную прочность при меньшей воспалительной реакции [10–12]. Использование таких имплантатов ассоциировано со снижением частоты хронического болевого синдрома без увеличения риска рецидивов.

Размер сетки имеет принципиальное значение для профилактики рецидива. Для эндоскопических операций рекомендуется использование имплантатов размером не менее 15×15 см, обеспечивающих полное перекрытие пахового дна [14,25].

Метод фиксации сетки также влияет на отдалённые результаты. Применение клеевых композиций или отказ от фиксации при использовании сеток с памятью формы позволяет снизить риск повреждения нервных структур и развития хронической боли [15,24].

Заключение. Современные данные литературы свидетельствуют о том, что эффективность хирургического лечения паховых грыж определяется не только выбором метода герниопластики, но и его соответствием конкретной клинической ситуации. Дифференцированный подход, основанный на комплексной оценке анатомических особенностей грыжи, возраста и соматического статуса пациента, уровня физической активности

и наличия рецидива, позволяет оптимизировать результаты лечения.

Открытая протезная герниопластика по Лихтенштейну остаётся надёжным методом лечения у пожилых пациентов с высоким анестезиологическим риском. В то же время лапароскопические методы предпочтительны у молодых и физически активных больных, а также при двусторонних и рецидивных грыжах после открытых операций.

Персонализация выбора метода герниопластики является ключевым условием снижения частоты рецидивов и хронического болевого синдрома, а также улучшения качества жизни пациентов в отдалённом послеоперационном периоде.

Литература:

1. Ризаев Э. А. и др. Роль визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости и влияние на клинические исходы //Zamonaviy ta'lim tizimini rivojlantirish va unga qaratilgan kreativ g'oyalar, takliflar va yechimlar. – 2024. – Т. 7. – №. 71. – С. 120-120.
2. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б., Абдурахманов Д. Ш. Дифференцированный подход в лечении мининвазивных вмешательств при остром панкреатите алиментарного генеза //Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 272-279.
3. Ризаев Э. А. и др. Оптимизация хирургических стратегий при остром панкреатите на основе визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости: анализ эффективности и летальности //Zamonaviy ta'lim tizimini rivojlantirish va unga qaratilgan kreativ g'oyalar, takliflar va yechimlar. – 2024. – Т. 7. – №. 71. – С. 189-189.
4. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б., Абдурахманов Д. Ш. Аспекты хирургического лечения острого билиарного панкреатита //Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 280-284.
5. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б. Программа для выбора способа хирургического лечения больных с осложненными формами желчекаменной болезни с применением диапевтических методов и рентген хирургии //Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан. – 2023.
6. Ризаев Э. А. и др. Аспекты хирургии желчекаменной болезни у больных пожилого старческого возраста //Журнал гепатогастроэнтерологических исследований. –2023. – Т. 1. – №. 134. – С. 43-48.
7. Ризаев Э. А. и др. Оптимизация методов хирургического лечения обструктивного холангита у больных пожилого и старческого возраста //Finland, Helsinki international scientific online conference." Sustainability of education socio-

economic science theory" April 7th. – 2023. – С. 29-30.

8. Ризаев Э. А. и др. Клиническая эффективность миниинвазивных методов хирургического лечения острого холецистита у больных старше 60 лет //Finland, Helsinki international scientific online conference." Sustainability of education socio-economic science theory" April 7th. – 2023. – С. 27-28.

9. Ризаев Э. А. и др. The Effectiveness of Staged Surgical Tactics for the Treatment of Complicated Forms of Cholelithiasis in Elderly and Senile Patients //American Journal of Medicine and Medical Sciences. – 2023. – №. 13. – С. 5.

10. Köckerling F., Koch A., Lorenz R. Groin hernias in women – a review of the literature // Front Surg. 2019. Vol. 6. Article 4.

11. Bittner R., Montgomery M.A., Arregui M.E. et al. Update of guidelines for laparoscopic treatment of inguinal hernia (TAPP/TEP) // Surg Endosc. 2015. Vol. 29, N 2. P. 289–321.

12. Aiolfi A., Cavalli M., Micheletto G. et al. Primary unilateral inguinal hernia: systematic review and network meta-analysis of randomized trials comparing open and laparoscopic repair // Hernia. 2018. Vol. 22, N 3. P. 473–485.

13. McCormack K., Scott N.W., Go P.M. et al. Laparoscopic techniques versus open techniques for inguinal hernia repair // Cochrane Database Syst Rev. 2018. N 1. CD001785.

14. Neumayer L., Giobbie-Hurder A., Jonasson O. et al. Open mesh versus laparoscopic mesh repair of inguinal hernia // N Engl J Med. 2004. Vol. 350. P. 1819–1827.

15. Eriksen J.R., Bisgaard T., Assaadzadeh S. et al. Pain, recurrence and quality of life after laparoscopic versus open repair of inguinal hernia // Br J Surg. 2011. Vol. 98. P. 937–945.

16. Nienhuijs S., Staal E., Strobbe L. et al. Chronic pain after mesh repair of inguinal hernia: a systematic review // Am J Surg. 2007. Vol. 194. P. 394–400.

17. Alfieri S., Rotondi F., Di Giorgio A. et al. Influence of nerve management on chronic pain after open inguinal hernia repair // Ann Surg. 2006. Vol. 243. P. 553–558.

18. O'Dwyer P.J., Kingsnorth A.N., Molloy R.G. et al. Randomized clinical trial assessing impact of lightweight mesh on chronic pain // Br J Surg. 2005. Vol. 92. P. 166–170.

19. Burcharth J., Pommergaard H.C., Bisgaard T. Patient-related risk factors for recurrence after inguinal hernia repair // Surgery. 2017. Vol. 161. P. 217–223.

20. Köckerling F., Alam N.N., Narang S.K. et al. Biological meshes for inguinal hernia repair: review of the literature // Hernia. 2018. Vol. 22. P. 249–269.

21. Andresen K., Rosenberg J. Management of chronic pain after hernia repair // J Pain Res. 2018. Vol. 11. P. 675–681.

22. Köckerling F., Koch A., Lorenz R. Recurrent inguinal hernia repair—surgical options and results // Hernia. 2019. Vol. 23. P. 541–553.

23. Feliu X., Claveria R., Besora P. et al. Bilateral inguinal hernia repair: laparoscopic or open approach? // Hernia. 2011. Vol. 15. P. 15–18.

24. Paajanen H., Syvahuoko I., Airo I. Totally extraperitoneal endoscopic treatment of sportsman's hernia // Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2004. Vol. 14. P. 215–218.

25. Muschaweck U., Berger L. Sportsmen's groin—diagnostic approach and minimal repair technique // Sports Health. 2010. Vol. 2. P. 216–221.

26. van Veen R.N., Wijsmuller A.R., Vrijland W.W. et al. Long-term follow-up of mesh versus non-mesh repair // Br J Surg. 2007. Vol. 94. P. 506–510.

27. Bay-Nielsen M., Kehlet H., Strand L. et al. Quality assessment of hernia repair // Arch Surg. 2001. Vol. 136. P. 1277–1283.

28. Köckerling F., Sheen A.J., Berrevoet F. et al. The reality of general surgery training and hernia surgery // Hernia. 2019. Vol. 23. P. 1081–1091.

29. Fortelny R.H., Petter-Puchner A.H., Glaser K.S. et al. Mesh fixation in hernia repair: review // Surg Endosc. 2012. Vol. 26. P. 229–239.

30. Köckerling F., Jacob D.A., Lomanto D. et al. TEP versus TAPP: systematic review and meta-analysis // Surg Endosc. 2015. Vol. 29. P. 3750–3764.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ МЕТОДА ПРОТЕЗНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Зайниев А. Ф., Назаров С. П.

Резюме. В статье представлен обзор современных подходов к выбору оптимального метода протезной герниопластики при паховых грыжах. Проанализированы ключевые факторы, определяющие индивидуализацию хирургической тактики, включая анатомические особенности грыжевого дефекта, возраст и соматический статус пациента, характер физической активности, а также наличие рецидива. Рассмотрены преимущества и ограничения открытых и эндоскопических методов герниопластики, особенности выбора сетчатых имплантатов и способов их фиксации. Показано, что дифференцированный подход к выбору метода операции позволяет снизить частоту рецидивов и хронического болевого синдрома, уменьшить количество послеоперационных осложнений и улучшить качество жизни пациентов в отдалённом периоде. Обоснована целесообразность персонализированного выбора метода герниопластики с учётом совокупности клиничко-анатомических факторов.

Ключевые слова: паховая грыжа, герниопластика, протезная пластика, лапароскопия, сетчатый имплантат, метод Лихтенштейна, дифференцированный подход.