

ЧОВ ЧУРРАЛАРИНИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШДА ЗАМОНАВИЙ МИНИИНВАЗИВ ВА ОЧИҚ ЁНДАШУВЛАР



Усаров Шерали Насретдинович

Самарқанд Давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

СОВРЕМЕННЫЕ МИНИИНВАЗИВНЫЕ И ОТКРЫТЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Усаров Шерали Насретдинович

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

MODERN MINIMALLY INVASIVE AND OPEN APPROACHES TO SURGICAL TREATMENT OF INGUINAL HERNIAS

Usarov Sherali Nasretdinovich

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Ушбу адабиётлар шарҳида чов чурраларини жарроҳлик даволашда қўлланиладиган замонавий ёндашувлар, жумладан очик таранглашмаган герниопластика, Lichtenstein операцияси, лапароэндоскопик TAPP ва TEP технологиялари, шунингдек кенгайтирилган экстраперитонеал eTEP усули илмий жиҳатдан таҳлил қилинди. Халқаро тавсиялар ва маҳаллий илмий тадқиқотлар маълумотлари асосида герниопластика усулини чурра тури, чов учбурчаги тўқималари ҳолати, бемор ёши, қайталаниш хавфи, сурункали оғриқ эҳтимоли ва жарроҳлик жамоасининг техник тайёргарлигига боғлиқ ҳолда индивидуал танлаш зарурлиги асослаб берилди. Мақолада миопектинеал тешикни тўлиқ визуализация қилиш, преперитонеал соҳани тўғри ажратиш, тўрсимон имплантни рационал танлаш, серома, орхиал асоратлар ва сурункали чов оғригини профилактика қилиш масалаларига алоҳида эътибор қаратилди.

Калит сўзлар: чов чурраси, Lichtenstein, TAPP, TEP, eTEP, герниоаллопластика, тўрсимон имплант, қайталаниш, сурункали оғриқ.

Abstract. This review article analyzes modern approaches to surgical treatment of inguinal hernias, with emphasis on open tension-free repair, the Lichtenstein operation, laparoendoscopic TAPP and TEP techniques, and the extended-view totally extraperitoneal eTEP approach. Based on current international guidelines and local clinical studies, the article substantiates a tailored choice of hernioplasty according to hernia type, condition of inguinal triangle tissues, patient age, recurrence risk, probability of chronic pain, and technical competence of the surgical team. Particular attention is paid to the critical view of the myopectineal orifice, adequate preperitoneal dissection, rational mesh selection, and prevention of seroma, orchial complications, and chronic groin pain.

Keywords: inguinal hernia, Lichtenstein, TAPP, TEP, eTEP, hernia alloplasty, mesh implant, recurrence, chronic pain.

Кириш. Чов чурралари умумий хирургия амалиётида энг кўп учрайдиган патологиялардан бири бўлиб, уларни даволаш натижалари беморнинг меҳнат қobiliяти, ҳаёт сифати ва соғлиқни сақлаш тизими харажатларига бевосита таъсир кўрсатади. Халқаро манбаларда ҳар йили дунё микёсида миллионлаб герниопластика операциялари бажарилиши қайд этилади, бу эса ушбу касалликнинг нафақат клиник, балки тиббий-иктисодий аҳамиятини ҳам белгилайди [22, 30]. Чов чурраси патогенезида қорин ички босими,

бириктирувчи тўқима метаболизми, чов канали орқа деворининг заифлиги, ёшга боғлиқ дистрофик ўзгаришлар ва олдинги операциядан кейинги чандиқланиш жараёнлари муҳим ўрин тутди [3, 5, 7].

Сўнгги ўн йилликларда чов чурралари хирургиясида асосий концепция таранглаштирувчи тикиш усулларида тўрсимон имплант қўлланиладиган таранглашмаган герниопластикага ўтди. Бу ўзгаришнинг асосий сабаби анъанавий аутопластикадан кейин қайталаниш частотаси-

нинг юқорилиги, тўқималарнинг таранг тикилиши туфайли оғрик синдроми, чокларнинг кесилиши ва чов канали анатомик-функционал яхлитлигининг етарли тикланмаслиги билан боғлиқдир [6, 12, 29]. Lichtenstein операцияси очик таранглашмаган герниопластиканинг классик намунаси бўлиб, оддийлиги, қайта ишлаб чиқилган техникаси ва кенг қўлланилиши туфайли узоқ йиллар давомида “олтин стандарт” сифатида қабул қилинди [22, 29].

Бироқ замонавий герниология фақат битта универсал операцияни танлаш билан чекланмайди. Ҳозирги кунда беморга йўналтирилган, яъни tailored approach тамойили устувор бўлиб, бунда операция тури чурра типи, бирламчи ёки қайталанганлиги, икки томонламалиги, беморнинг жинси ва ёши, семизлик, касбий жисмоний юклама, чандикланиш хавфи, жарроҳ тажрибаси ва клиникадаги техник имкониятлар асосида танланади [14, 22, 24]. Айниқса TAPP, TEP ва eTEP каби лапароскопик технологиялар чов соҳасидаги миопектинеал тешикни кенг қамраб олиш, икки томонлама патологияни бир вақтда баҳолаш, операциядан кейинги эрта оғрикни камайтириш ва меҳнат фаолиятига тез қайтиш имконияти билан аҳамиятлидир [13, 15, 23, 31].

Ўзбекистонда ҳам чов чурраларини даволашни такомиллаштириш бўйича илмий ишлар олиб борилмоқда. Самарқанд давлат тиббиёт университети базасида бажарилган тадқиқотларда Lichtenstein операцияси техник жиҳатларини такомиллаштириш, тўрсимон имплантни чов каналининг олдинги ва орқа деворларига бир вақтда фиксация қилиш, қайталанишлар ва орхиал асоратларни камайтириш масалалари ўрганилган [1, 2, 9, 10, 11]. Мазкур обзор мақоланинг мақсади шу материаллар асосида, шунингдек халқаро адабиётларни инобатга олган ҳолда, чов чурралари хирургиясида очик, TAPP, TEP ва eTEP усуллариининг ўрнини илмий таҳлил қилишдан иборат.

Мақола обзор характериға эға бўлиб, унда чов чурралари хирургияси бўйича маҳаллий ва хорижий адабиётлар, халқаро HerniaSurge ва Европа герниологлар жамияти тавсиялари, TAPP, TEP ва eTEP техникасига бағишланган илмий ишлар, шунингдек Самарқанд клиник мактабида олинган натижалар таҳлил қилинди [4, 8, 22, 27, 30]. Алоҳида эътибор операция усулини индивидуал танлаш, лапароскопик технологияларнинг афзаллик ва чекланишлари, тўрсимон имплантни фиксация қилиш, миопектинеал тешикни тўлиқ ёпиш ва операциядан кейинги функционал натижаларға қаратилди.

Обзорда классик очик Lichtenstein операцияси, анъанавий TEP, трансабдоминал преперитонеал TAPP ва кенгайтирилган кўринишли экстраперитонеал eTEP усуллари ўзаро қиёсий тарзда кўриб чиқилди. Шу билан бирға, операциядан

кейинги сурункали чов оғриғи, серома, ёрғок шиши, имплант миграцияси, чурра қайталаниши ва реабилитация муддатларининг операция техникасига боғлиқ жиҳатлари таҳлил қилинди [16, 17, 18, 23, 31]. Ушбу ёндашув амалиётчи хирург учун фақат назарий маълумот эмас, балки клиник қарор қабул қилиш алгоритмини шакллантиришда амалий асос бўлиб хизмат қилади.

Чов соҳасининг анатомик асосини миопектинеал тешик ташкил этади. Бу соҳа орқали қий-шиқ чов, тўғри чов ва сон чурралари юзаға чиқиши мумкин. Шу сабабли замонавий герниопластикада асосий мақсад фақат кўринаётган чурра халтасини бартараф этиш эмас, балки миопектинеал тешикнинг барча потенциал заиф нуқталарини тўрсимон имплант билан етарлича қоплашдан иборат [17, 18]. Lichtenstein операцияси бу вазифани очик олдинги йўл орқали бажаради, TAPP ва TEP эса преперитонеал соҳадан тўғридан-тўғри барча дефектларни қоплаш имконини беради [13, 22, 23].

Герниологияда “таранглашмаган” принципи қайталаниш профилактикасининг асосий шарти сифатида қаралади. Таранглаштирувчи аутопластикада бир-бириға механик юклама остида тикилган тўқималарда ишемия, яллиғланиш ва чоклар кесилиши кузатилиши мумкин. Шунинг учун чурра нуқсонини тўрсимон имплант билан кучайтириш қорин ички босимини кенг майдонға тақсимлайди, тўқима таранглигини камайтиради ва қайталаниш хавфини пасайтиради [3, 6, 12]. Бироқ имплант қўйилиши операция муваффақиятини автоматик қафолатламайди: тўр ўлчами, унинг анатомик жойлашуви, фиксация нуқталари, уруғ тизимчаси элементлари билан муносабати ва чандикланиш реакцияси ҳал қилувчи аҳамиятға эға [5, 10, 17].

Самарқандда бажарилган тадқиқотларда 234 нафар эркак бемор материаллари таҳлил қилиниб, таққослаш гуруҳида 96 нафар беморға анъанавий аутопластика, асосий гуруҳида 138 нафар беморға Lichtenstein ёки модификацияланган таранглашмаган герниоаллопластика бажарилган. Қайталанишлар таққослаш гуруҳида 8,5%, асосий гуруҳида 1,7% бўлган, модификацияланган усулда эса кечки муддатларда қайталаниш кузатилмаган [9, 10, 11]. Бу маълумотлар операция турини чурра анатомияси ва тўқима ҳолатиға мос танлаш зарурлигини кўрсатади.

Lichtenstein операцияси очик, нисбатан оддий ва такрорланувчан техникаға эға бўлган усулдир. Унда тўрсимон имплант чов канали орқа деворини қоплайди, қов бойлами, қов дўмбоғи ва апоневротик тузилмаларға фиксация қилинади. Бу техника кўпчилик умумий хирурглар учун ўрганиш нуқтаи назаридан нисбатан қулай ҳисобланади ва махсус лапароскопик жиҳозлар талаб қилмайди [22, 29]. Шу сабабли у бирламчи, бир то-

монлама, катта бўлмаган ва техник жиҳатдан содда чов чурраларида, шунингдек лапароскопик имкониятлар чекланган шароитларда муҳим амалий аҳамиятга эга.

Бироқ Lichtenstein операциясининг камчиликлари ҳам мавжуд. Очик кесма, нерв тузилмаларига яқин ишлаш, имплантнинг олдинги йўлда жойлашиши ва чокли фиксация сурункали чов оғриғи, парестезия, ёрғоқ шиши, серома ёки имплант атрофида фиброз каби ҳолатларга сабаб бўлиши мумкин [16, 22, 29]. Самарқанд тадқиқотида Lichtenstein усулидан кейин қоникарсиз натижаларнинг асосий сабаби тўқималардаги дистрофик-дегенератив ўзгаришлар фонида имплантнинг фиксация нуқталаридан силжиши ёки узилиши эканлиги кўрсатилган [5, 9].

Шу нуқтаи назардан Lichtenstein операцияси замонавий хирургияда ўз аҳамиятини йўқотмаган, лекин у ҳамма беморлар учун ягона стандарт сифатида қаралмаслиги керак. Чов канали орқа деворида яққол заифлик, рецидив чурра, икки томонлама дефект, аёлларда сон чурраси эҳтимоли ёки тез реабилитацияга эҳтиёж бўлса, лапароскопик усуллар кўпроқ афзалликка эга бўлиши мумкин [13, 22, 23, 31].

ТАРР трансабдоминал преперитонеал герниопластика бўлиб, унда хирург қорин бўшлиғи орқали преперитонеал соҳани очади, чурра дефектларини ичкаридан баҳолайди, тўрсимон имплантни миопектинеал тешикни қоплайдиган қилиб жойлаштиради ва перитонеумни қайта ёпади [13, 23]. Ушбу усулнинг асосий афзаллиги анатомик ориентирларни яхши кўриш, икки томонлама чов соҳасини баҳолаш, сон канали ва бошқа яширин дефектларни аниқлаш имкониятидир. Айниқса аёлларда, икки томонлама чурраларда ва олдинги очик операциядан кейинги рецидивларда ТАРР муҳим диагностик ва терапевтик имконият беради [22, 23].

ТАРР техникасида биринчи муҳим босқич - қорин бўшлиғига кириш ва диагностик лапароскопиядир. Бу босқичда қийшиқ, тўғри, сон ва обтуратор соҳалар кўрилади. Иккинчи босқичда перитонеал лахтақ очилиб, Bogros ва Retzius соҳалари ажратилади. Учинчи босқичда сперматик тизимча элементлари париеаллаштирилади, чурра халтаси ажратилади, катта қийшиқ ёки ёрғоққа тушувчи чурраларда дистал халта билан эҳтиёткор муносабатда бўлинади. Тўр имплант камида барча потенциал дефектларни қоплаши, медиал соҳада қов симфизидан ўтиши, латералда эса ички ҳалқадан етарлича узок ёйилиши лозим [16, 17, 18].

ТАРРнинг афзалликлари қаторига операциядан кейин эрта оғриқнинг камлиги, косметик натижанинг яхши бўлиши, беморнинг фаол ҳаётга тез қайтиши ва икки томонлама дефектни бир операцияда бартараф этиш имконияти киради [13,

23, 31]. Аммо бу усул қорин бўшлиғига киришни талаб қилади, шу сабабли висцерал шикастланиш, перитонеал ёпишмалар, ичак адгезияси ёки перитонеумни нотўғри ёпиш билан боғлиқ хавфлар мавжуд. Операциянинг хавфсизлиги хирургнинг лапароскопик анатомияни билиши, миопектинеал тешикни тўлиқ кўра олиши ва тўрни тўғри жойлаштиришига боғлиқ [15, 23].

Амалиётда ТАРР кўпинча ўқитиш нуқтаи назаридан ТЕРга нисбатан тушунарлироқ ҳисобланади, чунки қорин бўшлиғи ичидаги визуализация кенгроқ ва анатомик белгилар аниқроқ кўринади. Бироқ бу афзаллик лапароскопик хирургиянинг умумий хавфларини инкор этмайди. Шунинг учун ТАРР усулини жорий этишда стандартлаштирилган ўқув дастури, симуляцион тайёргарлик, мураббий назорати ва натижалар мониторинги зарур [23, 30].

ТЕР тўлиқ экстраперитонеал герниопластика бўлиб, унда операция қорин бўшлиғига кирмасдан, преперитонеал соҳада бажарилади. Бу усулнинг асосий ғояси ТАРР каби миопектинеал тешикни тўр билан қоплаш, аммо перитонеал бўшлиқни очмасликдан иборат [20, 23, 26]. Шу сабабли ТЕР висцерал адгезия, перитонеумни қайта ёпиш муаммоси ва ичак билан тўғридан-тўғри алоқа хавфини камайтириши мумкин. Айни вақтда ТЕР техник жиҳатдан мураккаброқ, чунки иш майдони чегараланган, анатомик ориентирлар эса бошланғич босқичда камроқ кўринади [23, 31].

ТЕРда муваффақиятнинг асосий шарты преперитонеал соҳани тўғри яратишдир. Retzius соҳаси медиал диссекция учун, Bogros соҳаси латерал диссекция учун муҳим ҳисобланади. Тўғри планда ҳаракат қилинмаса, перитонеум шикастланиши, иш майдонининг йўқолиши, эмфизема, геморрагия ёки конверсия эҳтимоли ортади [20, 23]. Шунинг учун ТЕРни ўзлаштиришда анатомик концепция, камера ва троакарлар жойлашуви, иккала қўл билан диссекция қилиш, Cooper бойлами, пастки эпигастрал томирлар, vas deferens ва testicular томирларни аниқ таниш муҳим.

ТЕР бирламчи бир томонлама чурраларда, икки томонлама чурраларда ва олдинги очик пластикадан кейинги рецидивларда самарали бўлиши мумкин. Бироқ катта ёрғоққа тушувчи чурра, олдинги пастки қорин операциялари, перитонеал чандиқланиш, семизлик ёки техник тажриба етишмаслиги ТЕРни қийинлаштиради [21, 23, 31]. Шу сабабли ТЕР ва ТАРР ўртасида танлов фақат умумий қоидаларга эмас, балки аниқ бемор ва аниқ хирургик жамоа имкониятига асосланиши керак.

eTER, яъни enhanced-view totally extraperitoneal repair, классик ТЕРнинг чекланган иш майдони ва троакарлар ўртасидаги конфликт

муаммосини камайтириш мақсадида таклиф қилинган кенгайтирилган экстраперитонеал ёндашувдир [17, 23]. Усулнинг моҳияти камера порти ва ишчи портларни юқорироқ ва эркинроқ жойлаштириш, preperitoneal соҳани кенгроқ диссекция қилиш, linea arcuata ва семилунар чизик билан боғлиқ анатомик имкониятлардан фойдаланиш орқали хирург учун кенгроқ кўриш майдони яратишдан иборат [17, 23].

еТЕРнинг асосий афзалликлари иш майдонининг катталашиши, камера ва инструментлар ҳаракатининг эркинлашиши, тўрни каттароқ майдонга ёйиш имконияти, катта ёки мураккаб чурраларда преперитонеал диссекцияни назоратли бажаришдир. еТЕР айниқса катта қийшиқ чурралар, ёрғоққа тушувчи компонент, семиз беморлар, анатомик майдони чекланган ҳолатлар ва стандарт ТЕРда троакарлар тор жойлашуви қийинчилик туғдирганда назарий жиҳатдан афзал бўлиши мумкин [17, 20, 23].

Шу билан бирга, еТЕРни универсал ечим сифатида қабул қилиш тўғри эмас. Унинг самарадорлиги классик ТЕР ва ТАРР билан қиёслаганда кўп жиҳатдан хирург тажрибаси, бемор танлови, тўр ўлчами, дефектни тўлиқ ёпиш ва операциядан кейинги кузатув муддатига боғлиқ. Айрим тадқиқотларда еТЕР хавфсиз ва бажариш мумкин бўлган технология сифатида баҳоланган бўлса-да, унинг узок муддатли устунлигини исботлаш учун янада кенг, рандомизацияланган ва кўп марказли тадқиқотлар талаб этилади [17, 23, 30].

еТЕР концепцияси робот-ассистентли хирургия билан ҳам уйғунлашиб бормоқда. Робот платформа инструментлар артикуляцияси, 3D визуализация ва эргономика ҳисобидан препери-

тонеал диссекцияни енгиллаштириши мумкин. Бироқ робот-ассистентли еТЕРнинг иқтисодий самарадорлиги, ўқитиш эгри чизиги ва оддий лапароскопик усулларга нисбатан реал клиник устунлиги ҳали ҳам баҳоланмоқда [30]. Шунинг учун еТЕРни жорий этишда технологик қизиқишдан кўра бемор хавфсизлиги, натижалар мониторинги ва иқтисодий мақбуллик устувор бўлиши керак.

Чов чурраси хирургиясида операция усулини танлашда бир неча асосий мезон мавжуд: қайталаниш хавфи, сурункали оғриқ хавфи, эрта реабилитация, косметик натижа, операция вақти, нарх, асоратлар хавфи ва хирург тажрибаси. Lichtenstein усули оддий, қайта ишлаб чиқилган ва кўпчилик клиникаларда мавжуд бўлса, ТАРР ва ТЕР камроқ кесма, камроқ эрта оғриқ ва икки томонлама дефектларни бир вақтда бартараф этиш имкониятини беради [22, 23, 29, 31]. еТЕР эса ТЕРнинг иш майдони чекланишини камайтиришга йўналтирилган нисбатан янги технология ҳисобланади [17, 23].

Замонавий герниопластикада тўрсимон имплантнинг тури, ўлчами ва жойлашиши операция натижасига катта таъсир кўрсатади. Полипропилен тўрлар узок муддатли механик барқарорлик беради, аммо “оғир” тўрлар чандикланиш, ригидлик ва сурункали ноқулайлик билан боғлиқ бўлиши мумкин. Енгил ва композит тўрлар тўқима реакциясини камайтириши мумкин, лекин уларни тўғри жойлаштириш ва дефектни етарлича коплаш талаб этилади [10, 17, 18].

Lichtenstein операциясида тўр фиксацияси чоклар билан амалга оширилади.

Жадвал 1. Чов чурралари хирургиясида асосий операция усуллариининг қиёсий тавсифи

Усул	Анатомик ёндашув	Асосий афзалликлари	Чекланишлари	Қўллаш учун мақбул ҳолатлар
Lichtenstein	Очиқ олдинги йўл, чов канали орқа деворига тўр қўйиш	Оддий, кенг тарқалган, махсус лапароскопик жиҳоз талаб қилмайди	Кесма каттароқ, нервлар билан ишлаш, сурункали оғриқ хавфи	Бирламчи бир томонлама чурра, лапароскопик имконият чекланган шароит
ТАРР	Қорин бўшлиғи орқали преперитонеал соҳани очиш	Кенг визуализация, икки томонни кўриш, сон чурраси ва яширин дефектларни аниқлаш	Қорин бўшлиғига кириш, перитонеумни ёпиш зарурати	Икки томонлама чурра, аёллар, очиқ операциядан кейинги рецидив
ТЕР	Қорин бўшлиғига кирмасдан экстраперитонеал соҳада ишлаш	Перитонеал бўшлиқ очилмайди, висцерал адгезия хавфи камроқ	Иш майдони чекланган, ўқитиш эгри чизиги мураккаб	Тажрибали жамоада бирламчи ва рецидив чов чурралари
еТЕР	Кенгайтирилган экстраперитонеал майдон	Каттароқ иш майдони, портлар эркинлиги, катта тўрни ёйиш имконияти	Техника янги, стандартлаштириш ва тажриба талаб этади	Мураккаб, катта, ёрғоққа тушувчи ёки ТЕР учун қийин ҳолатлар

Бу усулда чоклар нервлар, мушак-апоневротик тузилмалар ва қов бойламига яқин жойлашади. Нотўғри фиксация ёки заиф тўқимага ортикча юклама имплант силжишига олиб келиши мумкин [5, 9]. ТАРР ва ТЕРда эса тўр кўп ҳолларда преперитонеал босим ва анатомик ёйилиш ҳисобидан барқарор туради. Бироқ катта медиал дефектларда ёки МЗ типдаги чурраларда фиксация масаласи қайта кўриб чиқилиши мумкин [22, 31].

Фиксация усулини танлашда травматик чок ёки такерлар, клейли фиксация, ўз-ўзидан ёпишувчи тўрлар ва фиксациясиз техника ўртасида мувозанат талаб этилади. Сурункали оғрикни камайтириш учун иложи борича нервлар зонасидан узоқ, аниқ анатомик нуқталарда ва минимал травма билан фиксация қилиш тавсия этилади [16, 22, 31]. Шу билан бирга, тўрнинг етарли ўлчамда бўлмаслиги ёки дефектни кам қамраб олиши қайталанмиш хавфини оширади.

Чов чурраси операцияларидан кейинги сурункали оғрик замонавий герниологияда қайталанмиш билан бир қаторда энг муҳим салбий натижалардан бири ҳисобланади. У нервлар шикастланиши, имплант атрофидаги фиброз, чоклар ёки такерлар билан механик таъсир, сперматик тизимча элементларида чандикланиш ва беморнинг индивидуал оғрик сезувчанлиги билан боғлиқ бўлиши мумкин [16, 22, 24]. Лапароскопик усулларда олдинги нервлар соҳасига камроқ таъсир этилиши сабабли эрта ва баъзан кечки оғрик даражаси пасайиши мумкин [23, 31].

Реабилитация нуқтаи назаридан ТАРР, ТЕР ва еТЕР беморнинг эрта фаоллашуви, ишга тез қайтиши ва косметик натижанинг яхшилиги билан ажралиб туради. Бироқ бу фақат операция хавфсиз, асоратсиз ва тўлиқ анатомик қоплаш билан бажарилган ҳолатдагина амал қилади. Тажрибасиз қўлларда лапароскопик операция вақти узайиши, перитонеум шикастланиши, гематома, серома ёки конверсия хавфи клиник фойдани камайтириши мумкин [23, 30].

Самарқанд тадқиқотлари натижаларига кўра, индивидуал алгоритм ва такомиллаштирилган герниоаллопластика қўлланилганда “яхши” ва “аъло” натижалар улуши 73,6% дан 90,2% гача ошган, қоникарсиз натижалар эса 9,7% дан 2,4% гача камайган [9, 11]. Бу маълумотлар операция техникасининг нафақат анатомик, балки функционал ва реабилитацион натижаларга ҳам таъсирини кўрсатади.

Чов чуррасида операция усулини танлаш учун биринчи навбатда чурранинг бирламчи ёки рецидив эканлиги, бир ёки икки томонламалиги, Nyhus ёки EHS таснифи бўйича тури, чов канали орқа девори ҳолати, ички ҳалқа кенглиги, бемор жинси ва ёши баҳоланиши лозим [5, 9, 22]. Бирламчи бир томонлама ва оддий чуррада Lichtenstein ёки лапароскопик усуллардан бири танланиши мумкин. Икки томонлама чуррада ТАРР/ТЕР кўпроқ рационал, чунки бир хил портлар орқали икки томон ҳам бартараф этилади [22, 23].

Олдинги очиқ герниопластикадан кейинги рецидивларда орқа преперитонеал йўл орқали ТАРР ёки ТЕР танлаш анатомик жиҳатдан асосли: хирург олдинги чандикланган соҳадан эмас, балки янги тўқима қатламида ишлайди [22, 23]. Аксинча, олдинги лапароскопик операциядан кейинги рецидивда очиқ Lichtenstein ёки бошқа олдинги усул афзал бўлиши мумкин. Бу “қарама-қарши йўл” тамойили чандикланган майдонда қайта диссекция хавфини камайтиради.

еТЕРни танлашда беморда катта ёки мураккаб дефект, ёрғоққа тушувчи компонент, стандарт ТЕР учун тор иш майдони, симметрик преперитонеал диссекцияга эҳтиёж ва жамоада етарли тажриба мавжудлиги ҳисобга олинади [17, 23]. Робот-ассистентли еТЕР эса юқори технологик марказларда, айниқса мураккаб қорин девори патологияси билан бирга келган ҳолатларда истикболли йўналиш ҳисобланади, аммо унинг иктисодий мақбуллиги ҳар бир соғлиқни сақлаш тизими учун алоҳида баҳоланиши зарур [30].

Жадвал 2. ТАРР ТЕР еТЕР усуллари танлашда клиник кўрсатмалар

Клиник ҳолат	Мақбул усул	Асослаш	Эҳтиёт чоралари
Икки томонлама чов чурраси	ТАРР ёки ТЕР	Бир хил портлар орқали икки томонни қоплаш, кам инвазивлик	Икки томонлама диссекцияда қон кетиш ва серомани назорат қилиш
Очиқ пластикадан кейинги рецидив	ТАРР, ТЕР ёки еТЕР	Олдинги чандикланган соҳадан четда ишлаш	Преперитонеал анатомияни аниқ билиш ва катта тўр қўйиш
Аёл беморларда чов соҳаси дефекти	ТАРР ёки ТЕР	Сон чуррасини аниқлаш ва миопектинеал тешикни тўлиқ ёпиш	Тўр ўлчами ва перитонеал ёпилиш назорати
Катта ёки ёрғоққа тушувчи чурра	ТАРР ёки еТЕР	Кенг визуализация ва катта диссекция имконияти	Дистал ҳалта, серома ва уруғ тизимчаси шикастланиши профилактикаси
Лапароскопик имконият чекланган ҳолат	Lichtenstein	Техника оддий ва кенг қўлланилади	Нервлар, чоклар ва сурункали оғрик профилактикаси

TAPP, TEP ва eTEP операциялари юқори анатомик билим, лапароскопик координация ва стандартлаштирилган техник кўникмаларни талаб қилади. Халқаро адабиётларда лапароэндоскопик герниопластика учун ўқитиш эгри чизиги мавжудлиги қайд этилади; бу даврда операция вақти, конверсия, перитонеал шикастланиш ва техник хатолар хавфи юқори бўлиши мумкин [23, 30]. Шу сабабли ҳар бир марказда янги технологияни жорий этиш босқичма-босқич амалга оширилиши лозим: назарий тайёргарлик, видеотренинг, симулятор, ассистент сифатида иштирок, мураббий назоратида мустақил операция ва натижалар аудити.

Хавфсиз лапароэндоскопик операциянинг марказий нуктаси миопектинеал тешикнинг критик кўринишини таъминлашдир. Хирург Соопер бойлами, пастки эпигастрал томирлар, vas deferens, testicular томирлар, латерал pain triangle ва medial vascular danger zones каби соҳаларни аниқ кўриши лозим [17, 18, 23]. Агар анатомия ноаниқ бўлса, қон кетиш ёки перитонеум шикастланиши иш майдонини бузса, операцияни хавфсиз йўл билан ўзгартириш ёки конверсия қилиш бемор хавфсизлиги нуктаи назаридан тўғри қарор ҳисобланади.

Ўзбекистон шароитида замонавий герниологияни ривожлантиришда икки йўналиш бири-бирини тўлдириши керак: бир томондан, кенг амалиёт учун очик Lichtenstein ва унинг маҳаллий такомиллаштирилган вариантларини стандартлаштириш, иккинчи томондан, ихтисослашган марказларда TAPP, TEP ва eTEP технологияларини босқичма-босқич жорий этиш [1, 2, 4, 9, 10]. Бу ёндашув барча беморларни бир хил усул билан даволаш эмас, балки ҳар бир бемор учун энг хавфсиз ва самарали операцияни танлаш имконини беради.

Муҳокама. Замонавий адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики, чов чурраларини даволашда “энг яхши операция” тушунчаси мутлақ эмас. Lichtenstein, TAPP, TEP ва eTEPнинг ҳар бири маълум клиник вазиятда афзалликка эга бўлиши мумкин. Lichtenstein операцияси соддалиги ва ишончлилиги билан муҳим бўлса, TAPP кенг визуализация ва икки томонлама баҳолаш имконияти, TEP перитонеал бўшлиққа кирмаслик, eTEP эса кенгайтирилган иш майдони билан ажралиб туради [13, 17, 22, 23].

Маҳаллий тадқиқотларда қайталанишлар ва эрта асоратларни камайтириш учун чов учбурчаги тўқималари ҳолатини баҳолашга асосланган алгоритм самарали эканлиги кўрсатилган [5, 9, 11]. Бу халқаро tailored approach концепцияси билан ҳамоханг: операция тури беморнинг анатомик ва клиник хусусиятларига мос бўлиши керак [22, 24]. Айниқса рецидив чурраларда олдинги операция йўлини ҳисобга олиш, тўғри етарлича ўлчам-

да қўйиш, дефектларнинг барчасини қоплаш ва операциядан кейинги оғриқ профилактикаси муҳимдир.

TAPP ва TEP ўртасидаги танловда TAPP визуализация қулайлиги ва ўқитишда нисбатан соддалиги билан ажралиб турса, TEP қорин бўшлиғини очмаслиги билан аҳамиятли. eTEP эса классик TEPнинг иш майдони чекланишини камайтирувчи технология сифатида ривожланмоқда. Бироқ eTEPнинг кенг жорий этилиши учун стандарт кўрсатмалар, ўқитиш дастурлари, иқтисодий таҳлил ва узоқ муддатли натижалар керак [17, 23, 30].

Шунинг учун хирургик стратегия қуйидаги тамойилларга таяниши лозим: биринчидан, symptomatic чов чуррасида тўрсимон имплантли таранглашмаган пластика асосий йўналиш бўлиб қолади; иккинчидан, лапароэндоскопик технологиялар икки томонлама, рецидив ва аёллардаги чурраларда кўпроқ афзалликка эга; учинчидан, Lichtenstein операцияси ҳали ҳам муҳим ва зарур усул; тўртинчидан, eTEP юқори тажрибали марказлар учун истиқболли, аммо эҳтиёткор жорий этилиши керак.

Хулоса:

Чов чурралари хирургиясида замонавий даврнинг асосий йўналиши беморга индивидуал ёндашган ҳолда, анатомик жиҳатдан асосланган ва функционал натижаларни ҳисобга олувчи герниопластика усулини танлашдан иборат. Очик Lichtenstein операцияси кенг амалиётда ўз ўрнига эга бўлиб қолади, бироқ унинг натижалари имплантни тўғри жойлаштириш, чокли фиксация хавфларини камайтириш ва тўқима ҳолатини ҳисобга олишга боғлиқ.

TAPP операцияси кенг визуализация, икки томонлама диагностика ва миопектинеал тешикни тўлиқ қоплаш имконияти билан айниқса рецидив, икки томонлама ва аёллардаги чов чурраларида муҳим аҳамият касб этади. TEP перитонеал бўшлиққа кирмасдан преперитонеал майдонда ишлаш имконини беради, лекин юқори техник маҳорат талаб этади. eTEP эса классик TEPнинг чекланган иш майдонини кенгайтириб, мураккаб чурраларда янги имкониятлар очади, аммо унинг устунликлари янада кенг клиник тадқиқотлар билан тасдиқланиши лозим.

Маҳаллий илмий материаллар ва халқаро тавсиялар таҳлили шуни кўрсатадики, чурра қайталанишини камайтириш, сурункали оғриқ ва раневой асоратларни профилактика қилиш учун операция танлови чурра тури, чов канали тўқималари ҳолати, бемор ёши, жисмоний фаоллиги, ҳамроҳ касалликлари ва хирург тажрибасига асосланиши зарур. TAPP, TEP ва eTEPни оқилона жорий этиш Lichtenstein операцияси билан рақобат эмас, балки индивидуаллаштирилган гер-

ниология имкониятларини кенгайтириш сифатида баҳоланиши керак.

Адабиётлар:

1. Давлатов С.С., Абдурахманов Д.Ш., Усаров Ш.Н. Применение ультразвука передней брюшной стенки в диагностике и лечении больных с грыжей // Хирургия Узбекистана. - 2022. - № 2(94). - С. 53.
2. Давлатов С.С., Рахманов К.Э., Усаров Ш.Н. Комбинированная пластика паховых грыж // Хирургия Узбекистана. - 2020. - № 3(87). - С. 82–86.
3. Давлатов С.С., Рахманов К.Э., Усаров Ш.Н., Вафоева И.М. Паховые грыжи: современные аспекты этиопатогенеза и лечения // Вестник Ташкентской медицинской академии. - 2020. - № 6. - С. 37–44.
4. Каримов Ш.И., Беркинов У.Б., Хакимов М.Ш., Саттаров О.Т. Лапароскопическая герниопластика в хирургическом лечении паховых грыж // Медицинский журнал Узбекистана. - 2016. - № 2. - С. 113–119.
5. Курбаниязов З.Б., Усаров Ш.Н., Курбаниязов Б.З., Зайниев А.Ф. Чов чурралари қайталанишини омиллар таҳлили // Проблемы биологии и медицины. - 2023. - № 6(150). - С. 154–158.
6. Курбаниязов З.Б., Ризаев Э.А., Мамаражабов С.Э., Нурмурзаев З.Н., Олимжонova Ф.Ж. Оптимизация тактики хирургического лечения осложнённых форм желчнокаменной болезни у пациентов пожилого и старческого возраста // Медицина и образование. - 2023. - № 1(13). - С. 10–17.
7. Насибян А.Б. Выбор способа операции у больных с рецидивной паховой грыжей после аутопластических и протезирующих грыжесечений: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Самара, 2014. - 24 с.
8. Островский В.К., Филимончев И.Е. Факторы риска рецидивов паховых грыж // Хирургия. - 2010. - № 3. - С. 45–48.
9. Ризаев Ж.А., Хашимов Р.У., Рахманов К.Э. Оптимизация хирургического лечения паховых грыж: сравнительный анализ лапароскопических и открытых методов герниопластики // Проблемы биологии и медицины. - 2025. - № 1(158). - С. 139–142.
10. Ризаев Ж.А., Хашимов Р.У., Рахманов К.Э. Совершенствование организации медико-профилактической помощи пациентам после паховой герниопластики: опыт и перспективы международной практики // Проблемы биологии и медицины. - 2024. - № 6(157). - С. 341–343.
11. Ризаев Э.А. Актуальные вопросы хирургического лечения осложнённых форм желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста // Проблемы биологии и медицины. - 2023. - № 1(142). - С. 307–313.
12. Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б., Мамаражабов С.Э. Клинические проявления осложнённых форм желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста // Проблемы биологии и медицины. - 2023. - № 2(143). - С. 120–123.
13. Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б., Мамаражабов С.Э., Нурмурзаев З.Н., Олимжонova Ф.Ж. Мини-инвазивные вмешательства в хирургии осложнённых форм холелитиаза // Журнал биомедицины и практики. - 2023. - Т. 8, № 2. - С. 383–389.
14. Султанов Р.Б. Оптимизация хирургической тактики паховых грыж у лиц старших возрастных групп: дис. ... канд. мед. наук. - Душанбе, 2021. - 122 с.
15. Усаров Ш.Н., Абдурахмонов Д.Ш., Давлатов С.С., Хужамов О.Б. Хирургические методы лечения паховых грыж // Вестник Ташкентской медицинской академии. - 2023. - № 1. - С. 165–167.
16. Усаров Ш.Н., Давлатов С.С., Рахманов К.Э. Модифицированный способ пластики паховой грыжи // Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. - 2020. - Т. 1, № 3. - С. 49.
17. Усаров Ш.Н., Курбаниязов З.Б. Хирургическое лечение больных паховыми грыжами: методические рекомендации. - Самарканд, 2023. - 40 с.
18. Шапошников Ю.Ю. Сравнительная оценка результатов операции Lichtenstein и традиционных способов аутопластики в плановой и экстренной хирургии паховых грыж: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Астрахань, 2010. - 24 с.
19. Bracale U., Melillo P., Pignata G., Di Salvo E., Rovani M., Merola G. et al. Which is the best laparoscopic approach for inguinal hernia repair: TEP or TAPP? A systematic review with a network meta-analysis // Surgical Endoscopy. - 2012. - Vol. 26, No. 12. - P. 3355–3366. DOI: 10.1007/s00464-012-2382-5.
20. Claus C., Furtado M., Malcher F., Cavazzola L.T., Felix E. Ten golden rules for a safe minimally invasive inguinal hernia repair using a new anatomical concept as a guide // Surgical Endoscopy. - 2020. - Vol. 34. - P. 1458–1464. DOI: 10.1007/s00464-020-07449-z.
21. HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management // Hernia. - 2018. - Vol. 22, No. 1. - P. 1–165. DOI: 10.1007/s10029-017-1668-x.
22. Iossa A., Traumueller Tamagnini G., De Angelis F., Micalizzi A., Lelli G., Cavallaro G. TEP or TAPP: who, when, and how? // Frontiers in Surgery. - 2024. - Vol. 11. - Article 1352196. DOI: 10.3389/fsurg.2024.1352196.
23. Khashimov R.U., Rizaev J.A., Rakhmanov K.E. Improvement of surgical treatment of patients with inguinal hernias // Journal of Biomedicine and Practice. - 2025. - Vol. 10, Issue 2. - P. 229–234. DOI: 10.5281/zenodo.15199065.

24.Kockerling F., Simons M.P. Current concepts of inguinal hernia repair // Visceral Medicine. - 2018. - Vol. 34, No. 2. - P. 145–150.

25.Miserez M., Peeters E., Aufenacker T., Bouillot J.L., Campanelli G., Conze J. et al. Update with level 1 studies of the European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients // Hernia. - 2014. - Vol. 18, No. 2. - P. 151–163. DOI: 10.1007/s10029-014-1236-6.

26.Rizaev E.A., Kurbaniyazov Z.B., Mamarazhabov S.E., Nurmurzaev Z.N., Abdurakhmanov D.Sh. Features of surgical correction of complicated forms of cholelithiasis in elderly and senile age // Texas Journal of Medical Science. - 2023. - Vol. 18. - P. 17–24. DOI: 10.62480/tjms.2023.vol18.pp17-24.

27.Rizaev E.A., Murodullaev S.O., Kurbaniyazov Z.B., Shonazarov I.Sh., Kholiev O.O., Khujabayev S.T. Clinical rationale for minimally invasive interventions in surgical treatment of acute pancreatitis // Problems of Biology and Medicine. - 2024. - No. 2(152). - P. 148–152.

28.Rizaev J.A., Khashimov R.U., Rakhmanov K.E. New approaches to inguinal hernia surgery: reducing complications and preventing recurrences // Problems of Biology and Medicine. - 2025. - No. 2(159). - P. 162–167.

29.Salim D., Rakhmanov K., Usarov S., Yuldoshev F., Xudaynazarov U., Tuxtayev J. Inguinal hernia: modern aspects of etiopathogenesis and treatment // International Journal of Pharmaceutical Research. - 2020. - Vol. 12, Suppl. 2. DOI: 10.31838/ijpr/2020.SP2.338.

30.Stabilini C., van Veenendaal N., Aasvang E., Agresta F., Aufenacker T., Berrevoet F. et al. Update of the international HerniaSurge guidelines for groin hernia management // BJS Open. - 2023. - Vol. 7, No. 5. - zrad080. DOI: 10.1093/bjsopen/zrad080.

31.Usarov Sh.N., Davlatov S.S., Rakhmanov K.E. Combined inguinal hernia repair // American Journal of Medicine and Medical Sciences. - 2023. - Vol. 13, No. 2. - P. 134–138.

32.Wake B.L., McCormack K., Fraser C., Vale L., Perez J., Grant A.M. Transabdominal preperitoneal (TAPP) versus totally extraperitoneal (TEP) laparoscopic techniques for inguinal hernia repair // Cochrane Database of Systematic Reviews. - 2005. - No. 1. - CD004703.

СОВРЕМЕННЫЕ МИНИИНВАЗИВНЫЕ И ОТКРЫТЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Усаров Ш.Н.

Резюме. В обзорной статье рассмотрены современные подходы к хирургическому лечению паховых грыж с акцентом на открытые ненатяжные методы, операцию Lichtenstein, лапароскопические технологии TAPP и TEP, а также расширенный экстраперитонеальный доступ eTEP. На основе данных современных международных рекомендаций и результатов отечественных исследований обоснована необходимость индивидуального выбора метода герниопластики с учетом типа грыжи, состояния тканей пахового треугольника, возраста пациента, риска рецидива, вероятности хронической боли и технической подготовленности хирургической команды. Особое внимание уделено роли критического обзора миопектинеального отверстия, правильной диссекции предбрюшинного пространства, выбору сетчатого имплантата, профилактике серомы, орхимальных осложнений и хронической паховой боли.

Ключевые слова: паховая грыжа, Lichtenstein, TAPP, TEP, eTEP, герниоаллопластика, сетчатый имплант, рецидив, хроническая боль.