

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Раимов Сардоржон Даврон углы¹, Саноев Камолиддин Райхонович²,

Элмурадов Голибжон Каршиевич³, Асадов Темур Шавкат углы⁴

1. Врач-ординатор отделения экстренной хирургии № 2 Навоийского филиала РНЦЭМП

2. Врач-ординатор отделения экстренной хирургии № 2 Навоийского филиала РНЦЭМП

3. PhD, ассистент кафедры хирургии, эндоскопии и анестезиологии и реаниматологии ФПДО

Самаркандского государственного медицинского университета, Республика Узбекистан, г. Самарканд.

4. Врач-ординатор отделения экстренной хирургии № 2 Навоийского филиала РНЦЭМП

АННОТАЦИЯ Описаны основные формы классификаций паховых грыж. Приводится наиболее обоснованная классификация L.M. Nyhus паховых грыж, позволяющая сопоставлять результаты герниопластик отечественных и зарубежных авторов. Отражена история традиционных методик грыжесечений. Акцентировано внимание на наиболее эффективных методиках (Шоулдайс, Лихтенштейн, эндоскопические методы), получившие всемирную известность, позволившие значительно улучшить качество жизни пациентов. Указано, что способ герниопластики должен определяться степенью разрушения задней стенки пахового канала (и внутреннего пахового кольца). Установлено, что большой опыт грыжесечений зарубежных и отечественных авторов настораживает к имплантации синтетических материалов, оказывающих негативный эффект на качество жизни пациента. Указано, что изыскание новых методов реконструкции пахового канала остается актуальной медицинской проблемой.

1. Принципы классификации паховых грыж. Классификации паховых грыж, принятые отечественными и зарубежными авторами в первой половине XX века основывались на анатомических особенностях паховых грыж, включали в себя косые паховые грыжи, которые в свою очередь подразделялись на врожденные и приобретенные, прямые паховые грыжи, надпузырные паховые . [1, 8, 13, 18, 20, 23]. В 1970 году Halverson и McVay выделили пять групп паховых грыж: - малые косые; - средние косые; - большие косые и прямые; - бедренные; комбинированные. В 1987 году Lichtenstein I.L. на основании анализа и лечения 6000 грыж разделил прямые паховые грыжи на пять категорий: - вся задняя стенка пахового канала;- медиальная часть задней стенки пахового

канала; - латеральная его часть; - дивертикулярные; - другие. В конце 80-х годов XX века Gilbert разделил паховые грыжи на пять типов. Rutkow и Robbins расширили эту классификацию в 1993 году, введя шестой и седьмой типы грыж. Классификация Gilbert-Rutkow-Robbins (1993): **косые**: I - малые; II - средние; III - большие; **прямые**: IVc разрушением всей задней стенки пахового канала; **V - дивертикулярные**; **VI – комбинированные** (косая и прямая); **VII – бедренные**. В 1995 году Schumpelick и Arit опубликовали классификацию паховых грыж, известную как Аахенская классификация. В этой классификации объединены принципы традиционной классификации паховых грыж, и способы измерения дефектов брюшной стенки. Грыжи также классифицированы по размерам грыжевого дефекта: менее 1,5 см – I тип, от 1,5 до 3 см – II тип, более 3 см – III тип. В работе I международной конференции «Современные методы герниопластики и абдоминопластики с применением полимерных имплантатов», проходившая в Москве (2003 г.), в докладе «Современный взгляд на проблему лечения паховых грыж. К вопросу о классификации паховых грыж» была отмечена необходимость принятия новой классификации паховых грыж для возможности сопоставления результатов отечественных хирургов с материалами зарубежных авторов. В работе конференции прозвучало решение рекомендовать классификацию паховых грыж, предложенную L.M. Nyhus в качестве рабочей классификации [2, 12, 19, 21]. Классификация L.M. Nyhus (1993). Тип грыжи: I – косая малая, II – косая средняя, III A – прямая, III B – косая большая, III C – бедренная, IV A – прямая рецидивная, IV B – косая рецидивная, IV C – бедренная рецидивная, IV D – комбинация A, B, C рецидивная.

2. Методики грыжесечений. Хирургическое лечение паховых грыж было невозможно без капитальных анатомических работ Соорег, опубликовавший в 1804 г. руководство по анатомии и лечению паховых грыж. Он впервые дал определение поперечной фасции, глубокого пахового кольца, дал четкое понятие пахового канала. Первая попытка радикальной операции предпринята в 1881г. LucasChampionniere, который вскрыл апоневроз наружной косой мышцы живота и удалил грыжевой мешок до уровня глубокого кольца пахового канала. Hesselbach в 1808 г описал паховый треугольник, а также подвздошно-лонный тяж. Хирургическое вмешательство, обозначаемое как герниорафия или герниопластика, является единственным методом лечения грыж [3, 14]. Разработано множество методов герниопластики с натяжением тканей, Существует множество модификаций данных методов. Детальное описание этих методик можно найти в учебниках по хирургии. Пластика по Марсу была разработана в 1892 г. и используется только при косых паховых грыжах. Данная методика подразумевает вправление грыж, а также для того, чтобы предотвратить протрузию органов через внутреннее паховое кольцо

[17]. Большинство рецидивных грыж являются прямыми, при них грыжевые ворота фиброзированы и утолщены. Такие грыжи легче закрыть obturiruyushim имплантатом, также разработанным I.L. Lichtenstein. Автор описал obturiruyushiy имплантат, изготовленный из полипропиленовой сетки, которую вначале складывают в форме треугольника, а затем скатывают в цилиндр [21, 23]. Rutkow и Robbins сделали популярной технику "пробки и заплатки" при лечении косых и прямых паховых грыж. Такой obturator имеет большие размеры и меньшую плотность, чем ранее описанный obturator I.L. Lichtenstein. Внешний вид места операции по Rutkow и Robbins после ее окончания такой же, как и при операции по Lichtenstein, описанной выше. Частота рецидивов при использовании данной методики также была менее 1% [19]. Gilbert описал "бесшовную" герниопластику. Плоская полипропиленовая сетка складывается в "зонтиковидную заглушку" и вводится через внутреннее паховое кольцо. Данная методика была также описана Moran и широко применялась в клинической практике в Национальном Амбулаторном Институте Грыж, расположенном недалеко от Лос-Анджелеса. С 1992 года, постепенно была пересмотрена традиционная концепция в отношении лечения паховых грыж. Были внедрены методика лапароскопической герниопластики по J.D. Corbitt (1992 год), герниопластика "без натяжения" по I.L. Lichtenstein (1996 год), герниопластика по E.E. Shouldice (1998 год). Пациенты с большими косыми (часто пахово-мошоночными) и прямыми паховыми грыжами, у которых разрушена задняя стенка пахового канала, сопровождаются большим процентом рецидивов, что в сводных статистиках и увеличивает частоту неудач до 10% и более. Чаще всего это больные с длительным сроком грыженосительства, больные с врожденной слабостью соединительной ткани и двухсторонним поражением или пожилые люди [17]. При косых паховых грыжах с расширением внутреннего пахового кольца, но сохраненной задней стенкой пахового канала целесообразно применение способов пластики собственными тканями. Такие грыжи чаще бывают у молодых мужчин физического труда. Хорошо известные в России способы пластики по Bassini и Н.И. Кукуджанову в подобных случаях считаются надежными. За рубежом в подобных случаях методом выбора является пластика по E.E. Shouldice. Использование современных сетчатых протезов из полипропилена и большой накопленный опыт настораживают хирургов к имплантации синтетических материалов. Причиной к тому является негативные последствия установленных эндопротезов [16, 22]. Особое место занимают больные с рецидивными и двухсторонними паховыми грыжами. Первые отличаются сложностью анатомических взаимоотношений и дефицитом собственных тканей пригодных для пластики. Вторые часто имеют врожденную или приобретенную слабость соединительной ткани и нуждаются в выполнении

операции с двух сторон, что при использовании обычных методов пластики весьма травматично. При рецидивах грыж использование традиционных способов пластики себя не оправдало. Частота рецидивов превышает 10%, кроме того, методы, основанные на ликвидации пахового канала (Postempski), резко изменяют анатомию паховой области, что затрудняет повторные операции в случае рецидива грыжи [16, 22]. Nyhus L.M. в 1959 году предложил внебрюшинный доступ к задней стенке пахового канала, что дало возможность закрывать грыжевые ворота, оставляя интактной рубцово-изменённую переднюю стенку пахового канала. Этот способ нашел широкую поддержку в США, но в России не прижился, прежде всего, из-за отсутствия качественного синтетического материала и достаточной технической сложности. С конца 80-х годов были разработаны различные лапароскопические методики укрепления задней стенки пахового канала. Наибольшее распространение благодаря своей физиологической обоснованности и надежности получил способ J.D. Corbitt (1993). Частота рецидивов в большинстве статистик не превышает 2%. С внедрением лапароскопических технологий одномоментное выполнение двухсторонних герниопластик и прочих сочетанных вмешательств стало обычным явлением [7, 8, 10, 12, 20]. Именно малая травматичность и короткие сроки реабилитации сделали лапароскопическую герниопластику популярной, а некоторые клиники считают ее методом выбора практически при любых видах паховых грыж [10]. Еще несколько лет назад такая позиция казалась правомерной, но параллельное развитие в последние годы других малоинвазивных методик опровергло это мнение. Появились сообщения о частоте рецидивов до 6 и более % при длительных сроках наблюдения. Кроме того, метод является технически сложным и требует специальной подготовки; осложнения редки, но при их возникновении весьма серьезны; метод дорогой и требующий общего обезболивания. Перечисленные факторы ограничивают использование лапароскопической герниопластики строгими показаниями: при рецидивных и двухсторонних грыжах, а также при необходимости выполнения сочетанных лапароскопических операций в брюшной полости. Г.М. Рутенбургом и А.В. Протасовым описан новый способ эндоскопической пластики глубокого пахового кольца при больших паховых грыжах (дефект более 3 см). Они рассматривают опыт применения данной методики у 18 больных разного возраста. Широкое применение новой методики позволило существенно расширить показания к лапароскопической герниорафии [19]. Отрицательное воздействие на яичко оказывает врожденная паховая грыжа. В результате проведенных исследований у большинства больных с врожденной паховой грыжей выявлены выраженные изменения в семенной жидкости вплоть до олигоспермии III степени и азооспермии. Таким образом, как косая, так и

прямая паховые грыжи оказывают отрицательное воздействие на сперматогенную функцию половой железы. Степень угнетения сперматогенной функции определяется сроком существования грыжи, при которых до оперативного лечения уже существуют морфологические признаки атрофии яичка. Признавая неблагоприятное влияние паховой грыжи на функциональное состояние яичка, исследователи едины во мнении, что грыжесечение, выполненное травматично, может принести значительно больший ущерб половой железе, чем сама паховая грыжа. Расстройства артериального кровообращения после пластики пахового канала традиционными способами носят характер хронической ишемии и по данным доплерографического исследования сосудов семенного канатика в 25% случаев сопровождаются снижением кровотока яичка в 2,2 – 2,5 раза. Понижение кровотока и лимфооттока от яичка на уровне семенного канатика усугубляет гипоксию половой железы, обуславливает изменение терморегуляции мошонки и наряду с другими факторами способствует нарушению морфофункционального состояния яичка. При этом в 2,5 – 3% случаев возникают хронические орхиты. Созревающие сперматиды и особенно спермии обладают антигенными свойствами. Поэтому нарушение гематотестикулярного барьера приводит к образованию в крови антител к сперматогенному эпителию семенных канальцев с развитием аутоиммунного бесплодия. Гематотестикулярный барьер выполняет как защитную, так и трофическую функцию. Нарушения в его структуре делают проницаемым барьер не только для Т-лимфоцитов и антител, чужеродных и токсических веществ, но и резко ухудшают трофику клеток сперматогенного ряда. Контакт с иммунологически компетентными клетками приводит к появлению в сыворотке крови антител с цитотоксическими свойствами к ткани яичка. Следовательно, при травме семенного канатика может наступить аутоиммунный асперматогенез с герминальной аплазией канальцев. Некоторые исследователи полагают, что атрофия яичка развивается на фоне нарушения венозного и лимфатического оттока. Частота этого осложнения и степень выраженности клинических проявлений зависит от способа пластики, техники и травматичности выполненного пособия, а также натяжения сшиваемых тканей и степени компрессии семенного канатика. Отек яичка после герниопластики ведет в 50% случаев к атрофии яичка на стороне выполненной операции. Активно внедряющаяся лапароскопическая паховая герниопластика имеет меньший процент осложнений. Однако, при этом возможны грозные осложнения в виде внутреннего кровотечения (в 2 – 2,5% случаев), стойкой невралгии вследствие повреждения бедренно-полового нерва (до 3%), инфекционных осложнений в области аллогенного трансплантата (в 2 – 4% случаев). Таким образом, оперативное лечение паховых грыж должно проводиться с учетом

возможного негативного влияния на кровоснабжение и иннервацию половой железы, ее терморегуляцию, на экзокринную и эндокринную функцию, на структуру семявыносящего протока. Из этого следует, что при изыскании новых методов реконструкции пахового канала после грыжесечения необходимо учитывать не только возможный рецидив, но и риск возникновения бесплодия, являясь актуальной медицинской проблемой, влияющее на качество жизни пациента.

Заключение 1. Развитие герниологии идет по пути увеличения надежности применяемых способов пластики пахового канала при одновременном уменьшении травматичности методик. Общеизвестным является то, что выбор операции в первую очередь определяется степенью разрушения задней стенки пахового канала, возрастом пациента, длительностью существования грыжи, характером и размером грыжи. 2. Использование современных сетчатых протезов из полипропилена и большой накопленный опыт настораживают хирургов к имплантации синтетических материалов. Причиной к тому является негативные последствия установленных эндопротезов. 3. Эндоскопические методики в силу своей сложности, дороговизны и не всегда достаточной надежности применяются в основном при рецидивных и двухсторонних грыжах, а также при выполнении сочетанных лапароскопических вмешательств. 4. При изыскании новых методов реконструкции пахового канала необходимо учитывать в первую очередь возможный рецидив и риск возникновения рецидива после грыжесечения, что является актуальной медицинской проблемой, влияющее а качество жизни.пациента.

Список литературы:

- 1.Khadzhibayev F. A., Mansurov T. T., Elmurodov G. K. Diagnostics of acute intestinal obstruction //Emergency Medicine Bulletin. – 2021. – Т. 14. – №. 1. – С. 77-83.
- 2.Хаджибаев Ф. А., Мансуров Т. Т., Элмуродов Г. К. Вопросы диагностики острой кишечной непроходимости //Вестник экстренной медицины. – 2021. – Т. 14. – №. 1. – С. 77-83.
- 3.Хаджибаев Ф. А. и др. Современные подходы к лечению острой кишечной непроходимости //Вестник экстренной медицины. – 2021. – Т. 14. – №. 4. – С. 116-120.
- 4.Хаджибаев Ф. А., Мансуров Т. Т., Элмуродов Г. К. Вопросы диагностики острой кишечной непроходимости //Вестник экстренной медицины. – 2021. – Т. 14. – №. 1. – С. 77-83.
- 5.Хаджибаев Ф. А. и др. Возможности ультразвукового исследования в оценке характера и тяжести закрытой травмы живота //Вестник экстренной медицины. – 2021. – Т. 14. – №. 6. – С. 14-19.

6. Mustafakulov I. B. et al. Severe associated trauma to the abdomen diagnosis and treatment // European journal of pharmaceutical and medical research. – 2020. – Т. 7. – №. 6. – С. 113-116.
8. Мустафакулов И. и др. Тяжелая сочетанная травма живота // Журнал гепатогастроэнтерологических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 1. – С. 63-68.
9. Турсунов Б. С., Элмурадов Г. К. Хирургическая реабилитация обожженных // Аллергология и иммунология. – 2007. – Т. 8. – №. 1. – С. 288-288.24.
10. Элмурадов Г. К., Шукуров Б. И. Видеоэндохирургия в диагностике и лечении разрывов диафрагмы // THEORY AND ANALYTICAL ASPECTS OF RECENT RESEARCH. – 2022. – Т. 1. – №. 7. – С. 40-58.
11. Хаджибаев Ф.А., Шукуров Б.И., Элмурадов Г.К., Мансуров Т.Т. Возможности ультразвукового исследования в оценки характера и тяжести закрытой травмы живота. // Журнал Вестник экстренной медицины. – 2021. – Т. 14. – № 6. – С. 14-19.
12. Хаджибаев Ф.А., Шукуров Б.И., Элмурадов Г.К., Мансуров Т.Т. Применение эндовидеохирургической техники в диагностике и лечении торакоабдоминальных ранений // Биология ва тиббиёт муаммолари. – Самарканд 2021, №6.1 (133). - С. 414-422.
13. Хаджибаев Ф.А., Алтыев Б.К., Шукуров Б.И., Элмурадов Г.К. Мансуров Т.Т., Элмурадов К.С. Возможности эндовидеохирургической техники в диагностике и лечении разрывов диафрагмы // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд 2021, №6.1 (133). - С. 414-422.
14. Хаджибаев Ф.А., Шукуров Б.И., Элмурадов Г.К., Мансуров Т.Т. Результаты лапароскопического и традиционного хирургического лечения закрытых травм живота // Журнал Вестник экстренной медицины – 2022. – Т. 15. – № 1. – С. 12-20.
15. Xadjibaev A.M., Shukurov B.I., Pulatov M.M., Elmuradov G.K. Method of ultrasound assessment of the nature and severity of a closed abdominal injury // Art of Medicine. International Medical Scientific Journal The USA. North American Academic Publishing Platforms. – 2022. – Volume-2. Issue-3, P.44-51.
16. Элмурадов Г.К., Шукуров Б.И., Пулатов М.М. Қорин бўшлиғи ёпик жароҳатларида миниинвазив диагностика ва даволаш имкониятлари // Биомедицина ва амалиёт журнали – 2022. – Т.7. – №6. – 394-401.
17. Elmuradov G.K., Shukurov B.I., Pulatov M.M., Xursanov Yo.X. Ultrasound examination results in closed abdominal injuries // Биология ва тиббиёт муаммолари. – 2023. – №19 (142). – С. 132-136.

18. Elmuradov G.K., Shukurov B.I., Pulatov M.M., Axmedov R.F. Radiation diagnostics of closed abdominal injuries. (view literature) // Биология ва тиббиёт муаммолари. – 2023. – №1(142). – С. 332-336.
19. Элмурадов Г.К. Современные взгляды к ведению больных с закрытой травмой живота. // Биология ва тиббиёт муаммолари. – 2023. – №2(143). – С. 289-294.
20. Янгиев Б.А., Элмурадов Г.К., Мансуров Т.Т. FAST-протокол ультразвукового обследования в диагностике закрытых травм живота // Материалы 16-й Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: Роль и место мининвазивных технологий в экстренной медицине» (Самарканд, 21 мая 2021 г.). Журнал Вестник экстренной медицины. – 2021. – Т. 14. – № (2). – С. 90-91.
21. Хаджибаев А.М., Шукуров Б.И., Элмурадов Г.К., Элмурадов К.С. Результаты применения лапароскопии при закрытых травмах живота // Сборник материалов XVII Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: Инновации в экстренной медицине» 14.10.2022г. Наманган. Журнал Вестник экстренной медицины. – 2022. – Т. 15. – № 3-4. – С. 170-171.
22. Хаджибаев А.М., Рахимова Р.А., Элмуродов К.С., Шукуров Б.И., Элмурадов Г.К. Шкала ультразвуковой оценки объема гемоперитонеума у больных с травмой живота // Сборник материалов XVII Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: Инновации в экстренной медицине» 14.10.2022г. Наманган. Журнал Вестник экстренной медицины. – 2022. – Т. 15. – № 3-4. – С. 172.
23. Элмурадов Г.К., Янгиев Б.А., Шукуров Б.И., Пулатов М.М. Диагностическая и лечебная лапароскопия у больных с закрытой травмой живота // Problems of modern surgery. International scientific and practical conference with the participation of foreign scientists. Materials. 12 october, 2022 Andijan. P.377
24. Хаджибаев А.М., Шукуров Б.И., Пулатов М.М., Элмурадов Г.К. Мининвазивные методы диагностики и лечения при закрытых травмах живота. // Журнал Вестник хирургии Казахстана. – 2022. – № 4(73). – С. 19-24.
25. Элмурадов Г.К., Мизамов Ф.О., Мансуров Т.Т. Результаты видеолaparоскопии у больных с закрытой травмой живота // «Достижения фундаментальной, прикладной медицины и фармации» Материалы 76-ой Международной научно-практической конференции студентов медицинских вузов и молодых учёных (Самарканд, 20-21 мая 2022 г).

- Биология ва тиббиёт муаммолари. – Самарканд. 2022(спецвыпуск) – С. 490-491.
- 26.Элмуратов Г.К., Шукуров Б.И., Пулатов М.М. Сонографическая оценка характера и тяжести закрытой травмы живота // Материалы юбилейной (70-ой) научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» «Современная медицина: традиции и инновации» с международным участием 25 ноября, 2022. –Т.1. – С.560-561. – Душанбе.
- 27.Янгиев Б.А., Шукуров Б.И., Пулатов М.М. Применение эндовидеохирургической техники у больных с закрытой травмой живота // “Учения Авиценны и современная медицина” II-ая научно-практическая конференция с международным участием. Бухара, 6-7 декабря 2022г. Фундаментал ва клиник тиббиёт ахборотномаси-Бухоро, 2022-№3(3)-с-246.
- 28.Элмуратов Г.К., Шукуров Б.И., Хурсанов Ё.И. Видеоэндохирургия в диагностике и лечении разрывов диафрагмы // Theory and analytical aspects of recent research Turkey. International scientific-online conference. Part 7, Issue 1: August 27th 2022.-P.47-49.
- 29.Elmuradov G.K., Yangiev B.A., Pulatov M.M., Xursanov Y.E., Umurzoqov B.A. Qorin bo'shlig'i yopiq jarohatlarida sonografiya va videolaparoskopiyani qo'llash // Research Focus, Uzbekistan international scientific journal. – 2023– Vol 2. Issue 1, P. 173-180.
- 30.Elmuradov G.K., Mansurov T.T., Umurzokov B.A., Pulatov D.P. Sovremennye aspekty k vedeniyu bolnyx s zakrytymi traumami jivota. // Multidisciplinary and Multidimensional Journal. –. 2 No. 4. P.137-150.
- Karshievich E. G., Uzakovich R. N., Turdiyevich B. R. NON-INVASIVE
31.DIAGNOSTIC METHODS FOR CLOSED ABDOMINAL INJURIES //Web of Medicine: Journal of Medicine, Practice and Nursing. – 2024. – Т. 2. – №. 1. – С. 25-33.