

УДК: 616.34-007.43-089.87

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАПАРОСКОПИИ

ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

И.Дж. Гульманов, Д.Т.Абдуллаева, К.Ш.Сайфиддин Ходжи,

М.Н.Куанышкалиев, Н.Р.Токаев, Р.Ф.Фархиддинов, М.Ш.Шербаева,
Д.А.Ахмедов, Д.С.Самадов, И.И.Саъдуллаев, А.А.Ахмаджонов, М.Ш.Суюнова

К.М.Аманкелдиева, Ш.У.Суванкулова У.Д.Ермахаматов,

М.П.Абдуалиева, Д.Р.Орифжонов, Р.Р.Рахматхонов

Ташкентский государственный медицинский университет

Аннотация: В статье рассматривается эффективность лапароскопических методов лечения паховых грыж по сравнению с традиционными открытыми вмешательствами. Проанализированы основные лапароскопические техники (TAPP и TEP), их преимущества и ограничения. Показано, что лапароскопическая герниопластика характеризуется меньшим послеоперационным болевым синдромом, более быстрым восстановлением пациентов и низкой частотой рецидивов. Также отмечено снижение риска хронической паховой боли и высокая клиническая целесообразность лапароскопии при двусторонних и рецидивных грыжах. На основании современных исследований делается вывод о высокой эффективности и безопасности лапароскопического подхода при лечении паховых грыж.

Abstract: This article examines the effectiveness of laparoscopic techniques for the treatment of inguinal hernias in comparison with traditional open surgical approaches. The main laparoscopic methods, TransAbdominal PrePeritoneal (TAPP) and Totally ExtraPeritoneal (TEP), are analyzed along with their advantages and limitations. It is demonstrated that laparoscopic hernioplasty is associated with reduced postoperative pain, faster patient recovery, and a low recurrence rate. Additionally, the risk of chronic inguinal pain is lower, and laparoscopic approaches are particularly clinically advantageous for bilateral and recurrent hernias. Based on current research, the article concludes that laparoscopic surgery is a highly effective and safe option for the management of inguinal hernias.

Annotatsiya: Ushbu maqolada ingvinal (paxoviy) qorin bo'shlig'i qoqilishlarining laparoskopik davolash usullarining samaradorligi an'anaviy ochiq jarrohlik yondashuvlari bilan taqqoslanadi. Asosiy laparoskopik texnikalar — TransAbdominal PrePeritoneal (TAPP) va Totally ExtraPeritoneal (TEP) tahlil qilinib, ularning afzalliklari, cheklovlari va klinik qo'llanilishi o'rganiladi. Tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, laparoskopik yondashuv postoperativ og'riqni kamaytiradi, bemorlarning tiklanish vaqtini qisqartiradi va takroriy qoqilish xavfini minimal darajaga tushiradi. Shuningdek, surunkali ingvinal og'riq rivojlanishi ehtimoli kamayadi, ikki tomonlama va takroriy qoqilishlar holatlarida esa laparoskopiya klinik jihatdan eng maqbul variant hisoblanadi. Zamonaviy ilmiy ma'lumotlar

asosida laparoskopik yondashuv ingvinal qorin bo'shlig'i qoqilishini davolashda yuqori samaradorlik va xavfsizlikni ta'minlashi tasdiqlanadi.

Введение

Паховые грыжи — одна из наиболее распространённых хирургических патологий, составляющая до 75 % всех грыж передней брюшной стенки. Распространённость заболевания среди мужчин достигает 8–10 %, а риск развития грыжи в течение жизни превышает 25 %. Традиционно основным методом лечения являлась открытая герниопластика с применением синтетических сетчатых имплантов. Однако широкое внедрение малоинвазивных технологий привело к развитию лапароскопических методик, которые сегодня рассматриваются как современный альтернативный подход. Лапароскопическая герниопластика направлена на снижение операционной травмы, уменьшение болевого синдрома и ускорение восстановления пациента. Вопрос о сравнительной эффективности лапароскопии и открытых вмешательств остаётся актуальным ввиду различий в трудоёмкости, стоимости и требованиях к квалификации хирурга.

Цель данной работы — провести анализ эффективности лапароскопического лечения паховых грыж и определить его преимущества и ограничения в сравнении с традиционными открытыми методами.

1. Лапароскопические методы лечения паховых грыж

В современной хирургии используются две основные техники лапароскопической герниопластики:

Лапароскопические методы лечения паховых грыж прочно заняли своё место в современной хирургии благодаря высокой эффективности, минимальной травматичности и быстрому восстановлению пациентов. Наиболее распространёнными и доказавшими свою результативность являются две методики лапароскопической герниопластики — TAPP и TEP. Каждая из них имеет свои особенности выполнения, технические нюансы и клинические преимущества, что позволяет индивидуализировать подход к лечению в зависимости от конкретной ситуации.

Методика TAPP, или трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика (Рис 1.), предполагает выполнение операции с входом в брюшную полость. После введения инструментов хирург аккуратно расслаивает листок брюшины и выходит в преперитонеальное пространство, где располагаются ключевые анатомические структуры пахового канала. Такой доступ обеспечивает широкую и наглядную визуализацию всех элементов, что особенно важно при сложных, рецидивных или мало типичных грыжах. Возможность осмотра органов брюшной полости изнутри позволяет своевременно выявить сопутствующие патологии, что делает методику не только лечебной, но и диагностически ценной.

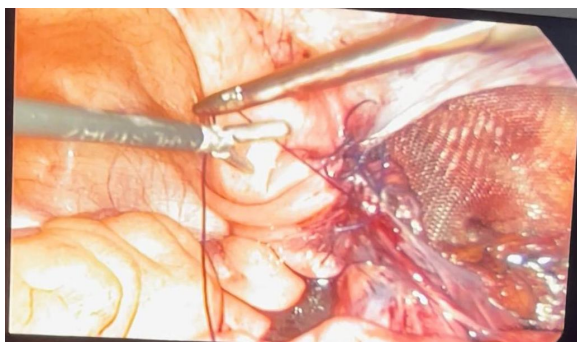


Рис 1.

ТЕР, или полностью внебрюшинная герниопластика, выполняется иначе: операция проводится без входа в брюшную полость, что значительно снижает риск внутрибрюшных осложнений и образования спаек. Рабочее пространство формируется между слоями передней брюшной стенки, что делает доступ более физиологичным. Однако такая техника требует высокой точности и мастерства, поскольку хирург работает в ограниченном пространстве, ориентируясь на анатомию, которая визуализируется совершенно иначе, чем при трансабдоминальном доступе. Несмотря на техническую сложность, ТЕР считается одной из наиболее безопасных методик лапароскопического лечения паховых грыж, особенно при отсутствии больших дефектов и выраженных спаечных процессов.

Общим для обеих лапароскопических методик является использование синтетической сетки, которая укладывается в преперитонеальное пространство и надёжно укрепляет паховый канал. Установка сетчатого импланта обеспечивает прочную фиксацию, минимизирует напряжение тканей и значительно снижает вероятность рецидива, которая при правильной технике составляет менее 1–2 %.(рис 2).

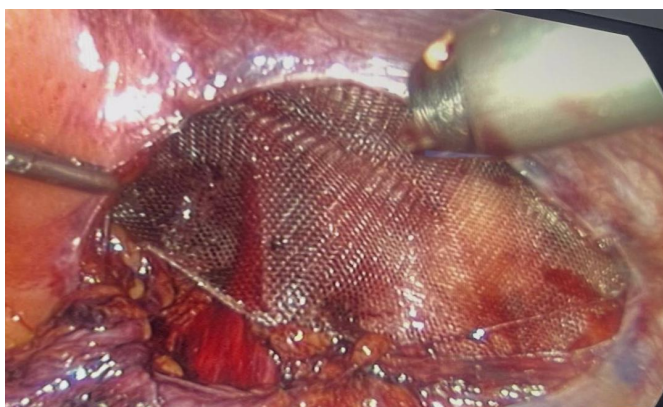


Рис 2.

2. Преимущества лапароскопических методов

Преимущества лапароскопических методов лечения паховых грыж во многом определяют их растущую популярность в современной хирургии. Одним из наиболее значимых плюсов является выраженное снижение послеоперационной боли. Это объясняется тем, что при вмешательстве используется несколько небольших проколов, а не один большой разрез, как при традиционной открытой операции. Минимальная травматизация мягких тканей уменьшает воспалительный ответ, снижает потребность в анальгетиках и способствует более комфортному послеоперационному периоду для пациента.

Благодаря малой инвазивности лапароскопического доступа значительно ускоряется процесс восстановления. В большинстве случаев пациенты возвращаются к обычной физической активности уже через пять–семь дней после вмешательства, а полная реабилитация наступает вдвое быстрее, чем после открытой герниопластики. Возможность ранней активизации особенно важна для людей трудоспособного возраста и пациентов, ведущих активный образ жизни.

Не менее важным преимуществом является выраженный косметический эффект. Лапароскопические разрезы имеют размеры от пяти до десяти миллиметров и со временем становятся практически незаметными. Для многих пациентов, особенно молодых, отсутствие крупных рубцов имеет большое эстетическое значение и положительно влияет на качество жизни.

Отдельного внимания заслуживает возможность одновременного лечения двусторонних паховых грыж. Если при открытой операции для каждого дефекта требуется отдельный разрез, то лапароскопический доступ позволяет исправить обе грыжи в рамках одного вмешательства и через те же небольшие проколы. Это значительно уменьшает операционную травму, сокращает длительность хирургического вмешательства и ускоряет восстановление.

Наконец, лапароскопическая техника снижает риск развития хронической паховой боли — одного из наиболее неприятных осложнений традиционной герниопластики. Благодаря высокой точности визуализации хирург получает возможность четко видеть и избегать важных нервных структур, что минимизирует вероятность их повреждения. В результате пациенты после лапароскопической операции значительно реже сталкиваются с длительным болевым синдромом, ограничивающим подвижность и снижающим качество жизни.

Таким образом, лапароскопические методы лечения паховых грыж обеспечивают сочетание малой травматичности, эстетичности, быстрого восстановления и высокой безопасности, что делает их предпочтительным выбором для большинства пациентов.

3. Недостатки и ограничения лапароскопии:

Несмотря на очевидные преимущества, лапароскопическая герниопластика имеет и ряд существенных ограничений, которые необходимо учитывать при выборе метода лечения. Прежде всего, данный вид вмешательства требует наличия высокотехнологичного оборудования. Для проведения лапароскопической операции необходима современная видеосистема, специализированные инструменты, троакары,

аппаратура для создания пневмоперитонеума, а также качественные сетчатые импланты. Обеспечение операционной всем необходимым оснащением требует значительных финансовых вложений, что делает лапароскопические методы менее доступными в некоторых медицинских учреждениях, особенно в небольших клиниках и региональных больницах.

Кроме того, лапароскопическая герниопластика предъявляет повышенные требования к уровню подготовки хирурга. В отличие от открытой операции, где анатомические структуры доступны визуально и тактильно, лапароскопия выполняется в ограниченном пространстве и требует отличного владения инструментами, пространственного мышления и способности ориентироваться по изображению на экране. Процесс обучения лапароскопическим техникам достаточно длительный, а освоение методик ТЕР и ТАРР требует выполнения большого количества операций под наблюдением опытных специалистов. Недостаточный опыт хирурга может повышать риск осложнений, удлинять время операции и снижать её эффективность.

Существуют и медицинские ограничения, которые могут сделать лапароскопический доступ нежелательным или невозможным. К числу противопоказаний относятся тяжёлые сопутствующие заболевания — выраженная сердечно-лёгочная недостаточность, тяжёлая гипертензия, нарушение ритма, при которых пневмоперитонеум может ухудшить состояние пациента. Также лапароскопия затруднена у больных с выраженным спаечным процессом в области малого таза и нижнего этажа брюшной полости, особенно после ранее перенесённых операций. В таких ситуациях повышается риск повреждения внутренних органов, что делает открытый метод более безопасным.

Наконец, лапароскопическая герниопластика нередко обходится дороже по сравнению с традиционными открытыми вмешательствами. Повышенная стоимость связана не только с потребностью в дорогостоящем оборудовании, но и с использованием одноразовых инструментов, сеток специального дизайна и расходных материалов. В некоторых медицинских системах это делает лапароскопию финансово менее доступным вариантом лечения для пациентов и учреждений.

Таким образом, несмотря на свою эффективность и минимальную травматичность, лапароскопические методы лечения паховых грыж имеют ряд ограничений, связанных с технологическими, профессиональными, медицинскими и экономическими факторами. Эти особенности необходимо учитывать при выборе оптимальной тактики лечения для каждого конкретного пациента.

4. Сравнение с открытой герниопластикой:

Открытая герниопластика по Лихтенштейну на протяжении многих лет считалась «золотым стандартом» в лечении паховых грыж благодаря своей простоте, надёжности и сравнительно низкой стоимости. Однако с развитием малоинвазивных технологий всё больше исследований демонстрируют, что лапароскопическая

герниопластика по эффективности не уступает традиционному методу, а по некоторым параметрам даже превосходит его.

Прежде всего, результаты многочисленных клинических наблюдений показывают, что частота рецидивов после лапароскопической операции сопоставима с таковой при открытой пластике и в среднем не превышает 1–2 %. Таким образом, использование лапароскопического доступа не увеличивает риск повторного появления грыжи, а в опытных руках даже позволяет добиться более стабильных результатов за счёт точного покрытия всех потенциальных грыжевых зон.

Кроме того, пациенты, перенёвшие лапароскопическую герниопластику, отмечают значительно меньшую выраженность боли в раннем послеоперационном периоде. Это связано с тем, что методика выполняется через несколько небольших проколов, а не через большой разрез, как при операции по Лихтенштейну. Меньшая травматизация тканей способствует снижению воспалительного ответа, уменьшению потребности в обезболивающих препаратах и более комфортному течению восстановительного периода.

Не менее важным является тот факт, что лапароскопическая техника позволяет снизить риск развития хронической паховой боли — осложнения, которое нередко встречается после открытой герниопластики и может существенно ухудшать качество жизни. Благодаря превосходной визуализации анатомических структур хирург имеет возможность аккуратно обходить нервные ветви, что существенно уменьшает вероятность их повреждения.

Особое место лапароскопическая герниопластика занимает при лечении рецидивных и двусторонних паховых грыж. В случае рецидивов после открытой операции лапароскопический доступ позволяет работать в анатомически «нетронутой» зоне, избегая рубцово-изменённых тканей и снижая риски повторных осложнений. Аналогично, при двусторонних грыжах лапароскопия обеспечивает возможность устранения обоих дефектов через те же минимальные доступы, что делает её более рациональным и щадящим вариантом лечения по сравнению с двумя отдельными разрезами при открытой методике.

Таким образом, сравнение лапароскопической герниопластики с классическим методом по Лихтенштейну демонстрирует, что лапароскопия является не только равноценной альтернативой, но во многих случаях и предпочтительным подходом, обеспечивающим меньшую травматичность, лучшее самочувствие пациента и более благоприятные долгосрочные результаты.

Заключение: Лапароскопическая герниопластика является эффективным, безопасным и современным методом лечения паховых грыж. Благодаря менее выраженному послеоперационному болевому синдрому, быстрому восстановлению и низкому уровню рецидивов лапароскопия имеет значимые преимущества перед открытой герниопластикой. Особенно она показана при двусторонних и рецидивных грыжах, а также пациентам, заинтересованным в быстром возвращении к трудовой деятельности и хорошем косметическом результате.

Несмотря на необходимость использования дорогостоящего оборудования и более высокой квалификации хирурга, лапароскопия постепенно становится предпочтительным методом лечения паховых грыж в развитых странах. Дальнейшее совершенствование технологий и повышение квалификации специалистов будет способствовать её более широкому применению.

Использованная литература:

1. Amid P.K. Lichtenstein tension-free hernioplasty: its inception, evolution, and principles. *Hernia*. 2004;8(1):1–7.
2. Bittner R., Schwarz J. Inguinal hernia repair: current surgical techniques. *Langenbeck's Archives of Surgery*. 2012;397(2):271–282.
3. Simons M.P., Aufenacker T., Bay-Nielsen M. et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia*. 2009;13(4):343–403.
4. Köckerling F. TEP vs TAPP: comparison of the two laparoscopic techniques for inguinal hernia repair. *Surgical Endoscopy*. 2017;31(10):3872–3882.
5. Belyansky I., Tsirlina V.B., Klima D.A. et al. Prospective, comparative study of postoperative pain and quality of life after laparoscopic versus open inguinal hernia repair. *Journal of the American College of Surgeons*. 2011;213(6):778–784.
6. Литвинов А.В., Филиппов А.Г. Лапароскопические методы лечения паховых грыж: современное состояние проблемы. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2018;(9):45–50.
7. Шевченко Ю.Л., Саблин И.Н. *Герниология: руководство для врачей*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2015.
8. Rutkow I.M. Epidemiologic and economic aspects of hernia surgery in the United States. *Surgical Clinics of North America*. 1998;78(6):941–951.
9. Neumayer L., Giobbie-Hurder A., Jonasson O. et al. Open mesh versus laparoscopic hernia repair: outcomes from a randomized trial. *New England Journal of Medicine*. 2004;350(18):1819–1827.
10. Miserez M., Peeters E., Aufenacker T. et al. Update of the European Hernia Society guidelines. *Hernia*. 2014;18(2):151–163.