



O‘ZBEKISTON *tibbiyot* JURNALI

Медицинский
ЖУРНАЛ
УЗБЕКИСТАНА

№2
2016

O`ZBEKISTON *Медицинский*
tibbiyot **журнал**
jurnali **УЗБЕКИСТАНА**
Medical journal of UZBEKISTAN
Ilmiy - amaliy jurnal

№ 2, 2016

1922 йилнинг январидан чиқа бошлаган

Таъсисчи – Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги

ТАХРИР ХАЙЪАТИ

Бош муҳаррир – А.И.Икрамов

М.С.Абдуллаходжаева, В.Е.Аваков, М.Ж.Азизов, Ф.А.Акилов, А.В.Алимов (бош муҳаррир ўринбосари), А.Л.Аляви, Д.А.Асадов, С.М.Бахромов, Б.Т.Даминов, Т.О.Даминов (бош муҳаррир ўринбосари), Ф.И.Иноятова, Т.И.Искандаров, С.И.Исмаилов, Х.М.Камилов, Х.П.Камилов (маъсул котиб), Х.Я.Каримов, Ш.И.Каримов, Р.Д.Курбанов, С.Н.Наврузов, Ф.Г.Назиров, Д.К.Наджимутдинова, С.С.Саидалиев, У.Ю.Сабиров, Ж.М.Собиоров, Л.Н.Туйчиев, А.М.Убайдуллаев, Н.Л.Хабиллов, А.М.Хаджибаев, М.Х.Ходжибеков, А.А.Худояров, А.М.Шамсиев, А.Н.Юнусходжаев

Журнал Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлиги томонидан
 2011 йил 12 май рўйхатга олинган (№ 0138)

Мухаррирлар - И.Д.Гульманов, Ш.Б.Джандарбеков, Л.Ф.Хисамова

Компьютерда саҳифаловчи - Ф.Махкамов

100047, Тошкент, Тараққиёт кўчаси, 103, Тел. (3712) 289-44-57, www.medjournal.uz

Буюртма № 128. Адади 3782 нусха.

Босишга рухсат этилди 01.04.2016 й. Формат 60×84 1/8. Нархи шартнома асосида «Print Line Group» ХК босямаҳонасида босилди.

Тошкент ш., Бунёдкор шоҳкўчаси, 44.

ТОШКЕНТ

ДУК «O`zbekiston tibbiyot jurnali»

2016

Ш.И.Каримов, У.Б.Беркинов, М.Ш.Хакимов, О.Т.Саттаров

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Ташкентская медицинская академия

Паховые грыжи занимают весомое место в структуре хирургической заболеваемости населения. Несмотря на использование различных видов высокотехнологичных операций, у больных с данной патологией частота неудовлетворительных результатов лечения остается высоким. Само по себе, наличие неосложнённой грыжи существенно нарушает общее состояние, качество жизни и снижает трудоспособность больных. Однако, по мнению многих авторов, настоятельная необходимость устранения грыжи в плановом порядке диктуется, прежде всего, возможным грозным осложнением этого заболевания – ущемлением. Частота этого осложнения велика, а результаты лечения неудовлетворительны, из-за высокой летальности – от 3% до 4,5% [2,3,14,30].

Паховые грыжи встречаются у 27% мужчин и у 3% женщин, составляя до 80% от всех видов грыж живота. В год по поводу данной патологии по всему миру выполняется около 20 миллион хирургических вмешательств, и это в среднем составляет 100-300 операций на каждые 100000 человек. По данным научно-исследовательского статического центра Канады, по количеству выполняемых операций, при данной патологии лидирует США. Так, если этот показатель в Канаде составляет 50000, то в США – 800000. В Европе доля грыжесечений составляет 10-15% от всех проводимых операций в общей хирургии. В течение последних 5 лет в России выполнены до 30000 операций по поводу ущемленной грыжи передней брюшной стенки, из которых паховые грыжи составляют 40-61% [1,4,9,12,20,27]. В Узбекистане выполняется до 10000 операций по поводу грыж в год, причем эта частота с годами существенно не меняется в разных регионах страны.

В развитых странах мира, финансовые расходы для восстановительной операции по пово-

ду паховых грыж составляют 40 миллионов долларов в год. При этом, нетрудоспособность и инвалидизация до и после хирургических вмешательств не уступает другим заболеваниям, как сердечно-сосудистым, дыхательным патологиям организма.

Диагностика грыжи пахово-бедренной области при мануальном осмотре не представляет собой особых трудностей. Сложнее распознать вид и форму грыжи, которая подтверждается в дооперационном периоде лишь в 60-70% случаев. При двусторонних паховых и бедренных грыжах частота дооперационных диагностических ошибок может достигать 50-60% [1,5,21,25]. Так, С.Аbramson (1997) сообщает об увеличении числа двусторонних паховых грыж, обнаруженных во время лапароскопического грыжесечения. Это свидетельствует о необходимости прицельного обследования пациентов в предоперационном периоде, что улучшает результаты хирургического лечения паховой грыжи [2,8,12,23,25]. Проведение диагностики при помощи самого простого метода, такого как ультразвуковое исследование (УЗИ) или же компьютерная томография (КТ), возможно, станет ключевым моментом при выборе хирургической тактики. При этом, место дуплексного сканирования у молодого контингента велико, но проводится не в каждой хирургической клинике. Это может решить социальные проблемы – бесплодие после проведенного грыжесечения по поводу паховой грыжи.

Несомненно, своевременная плановая ликвидация грыжи оперативным путём является наиболее рациональной мерой профилактики её осложнений. По одним статистическим данным операция по поводу неосложнённой паховой грыжи, в настоящее время, может считаться сравнительно безопасным вмешательством, по другим – коли-

чество осложнений (гематомы, серомы, невралгии, повреждение сосудов, нарушение сперматогенеза и т.д.) достаточно велико. Взгляды на оперативное лечение всех форм паховой грыжи как на простую, давно разрешенную главу хирургии, глубоко ошибочны. Проблема эта во многом не решена, а потому заслуживает более серьёзного внимания.

Так, результаты традиционного оперативного лечения паховых грыж, несмотря на множество предложенных способов пластики, признаны неудовлетворительными из-за высокого уровня рецидивов, которые составляют 10% при простых грыжах и до 30% при больших и рецидивных грыжах [2,6,13,17,22,26]. При использовании традиционных методов лечения невозможно было определить развивающуюся грыжу в контрлатеральной стороне. Учитывая вышеуказанную частоту операций при паховых грыжах, нетрудно осознать, что каждый процент рецидивов означает тысячи больных.

По данным Американского Грыжевого Общества (AHS), наиболее рациональным методом грыжесечения при паховой грыже считается не натяжная, а лапароскопическая трансабдоминальная предбрюшинная эндоскопическая (transabdominal pre-peritoneal (TAPP)) и полностью внебрюшинная герниопластика (total extra peritoneal alloplastic (TEP)).

В свое время R.Ger (1982) описал лечение различных паховых грыж через трансабдоминальный подход у больных, которые подверглись лапаротомии по поводу другой интраабдоминальной патологии. Он установил, что грыжа может быть эффективно устранена простым ушиванием грыжевых ворот изнутри без диссекции, лигирования и иссечения грыжевого мешка. Клипсы Мишеля из нержавеющей стали (3x15 мм) накладывались клипсатором Кохера, вводимым через лапаротомную рану. Только один рецидив был отмечен в серии из 13 больных (7,7%), срок наблюдения составил 44 мес. Последний больной в этой группе подвергся ушиванию грыжевого дефекта путем наложения скрепок под лапароскопическим обзором. Скрепки накладывались специальным аппаратом "Herniostat" введённым через лапароскопическую канюлю. Этот инструмент стал прототипом разработанных в последующем различных герниостеплеров. Больной наблюдался в течение 8 лет без признаков рецидива. Таким образом, R.Ger признан хирургом, который выполнил первую в мире лапароскопическую герниорафию. В дальнейших, в том числе в эксперимен-

тальных работах, R.Ger установил основные преимущества лапароскопического лечения паховых грыж [4,15,20,30]: 1. малый разрез; 2. уменьшение шанса повреждения семенного канатика и яичка; 3. исключение подвздошно-паховой послеоперационной невралгии; 4. способность достигнуть максимально высокого закрытия перитонеального мешка; 5. минимальный послеоперационный дискомфорт; 6. способность диагностировать и лечить двусторонние паховые грыжи без широкой диссекции.

Кроме преимуществ, сам автор отмечает и недостатки метода: при глубоком введении скрепки прорезают брюшину и становятся невидимыми, а при поверхностном введении скрепок закрытие ворот ненадёжно, что ведёт к неизбежному рецидиву. Поэтому в настоящее время этот способ лечения паховых грыж не рекомендован к применению [12,24].

В начале 1990 г. L.W.Popp сообщил об эндоскопическом закрытии прямой паховой грыжи у женщины путём эндоскопического ушивания внутреннего пахового кольца с последующей внутрибрюшинной фиксацией лоскута твёрдой мозговой оболочки с использованием кетгутовых эндошовов с экстракорпоральным завязыванием узлов.

L.S.Schultz et al. опубликовали первые наблюдения лапароскопических герниопластик в 1990 г. Эти исследователи после вскрытия брюшины над грыжевыми воротами при косой грыже вводили в грыжевой дефект свернутый рулон сетки, после чего закрывали ворота небольшим куском сетки, который фиксировали скрепками. Затем брюшина над сеткой ушивалась скрепками или эндошвом. Несколько ранних рецидивов были обусловлены нераспознанной сопутствующей прямой грыжей. Это заставило авторов адаптировать методику, что включало широкую диссекцию паховой области и использование после пломбировки канала более широкой сетки для укрытия и латеральной, и медиальной паховых ямок. После этого результаты операции стали удовлетворительными [13].

Первоначально частота рецидивов и осложнений при лапароскопической герниопластике были высоки – до 25% из-за технических ошибок и недостаточности опыта при выполнении операции [20,29], но за последние 5 лет многие центры, обладающие большим опытом лапароскопических герниопластик, сообщали о результатах с частотой рецидивов менее 1% [12] и с частотой осложнений – меньшей, чем при открытых операциях [10]. При этом отмечается, что повторные операции оказываются сложными, независимо от того

опытный или неопытный хирург оперировал первый раз (McKernan K., Wake B.L., Fraser C. et al., 2000).

В мае 1991 г. хирурги из Индианаполиса (США) M.Arregui и R.Nagan описали технику лапароскопической герниопластики, которая включала: вскрытие брюшины, тщательную диссекцию задней стенки паховой области, предбрюшинное размещение сетчатого имплантата с укрытием всех «слабых» мест, фиксацию сетки по периметру скрепками, ушивание брюшины над сеткой (перитонизация). Эта методика получила название: лапароскопическая трансабдоминальная предбрюшинная герниопластика (ТАРР) и стала одной из самых популярных в мире. В настоящее время сборные зарубежные статистики анализируют результаты более 10000 операций выполненных по этой методике [12,24]. В июне 1990 г. в США в лаборатории экспериментальной лапароскопической хирургии R.Fitzgibbons и С.Filipi начали исследования на свиньях по применению внутрибрюшинного размещения сетчатого имплантата для укрытия грыжевых ворот без вскрытия брюшины. Использовался полипропиленовый имплантат. Исследование показало, что при лапаротомном размещении сетки и её фиксации у 100% животных отмечен мощный спаечный процесс с вовлечением сальника и петель тонкой кишки, а при лапароскопическом – умеренно выраженный спаечный процесс отмечен у 15% животных, причем в основном к сетке припаивался мочевого пузырь и реже тонкая кишка. По результатам исследования было принято решение об использовании данной методики при лечении паховых грыж у людей. Методика получила название “intra-peritoneal onlay mesh technique” – IPOM (Pirk A., Birch D.W., Lovrics P., 1994).

Данная операция значительно упростила лапароскопическую герниопластику. Однако очень быстро были выявлены существенные недостатки: непрочная фиксация вела к миграции протеза и неизбежному рецидиву, спаечный процесс вызывал такие серьёзные осложнения, как острая спаечная тонкокишечная непроходимость, пролежни кишки и мочевого пузыря с развитием свищей [13,15,20,29]. Попытки применения других пластических материалов оказались несостоятельными, и в настоящее время данная методика не применяется.

Для исключения возможных осложнений, связанных с введением инструментов в брюшную полость и манипуляциями в ней, в 1991 г. J.Dulucq (Франция) предложил полностью пред-

брюшинную герниопластику с использованием лапароскопических инструментов (TEP – total extraperitoneal) [14]. В США первым пропагандистом этого метода стал McKernan (2000). Метод заключается в создании предбрюшинного пространства тупой диссекцией, газом, либо жидкостью в специальном баллоне, которое осуществляется от пупка к паховой области. Затем операция проводится так же, как и при ТАРР методе (установка сетки и её фиксация). Теоретически TEP исключает риск повреждения внутрибрюшных органов и формирование спаек. Однако метод трудоёмок, поскольку рабочее пространство небольшое и ориентация может быть затруднена. Хирурги не могут приступить к этой операции, пока в совершенстве не овладеют ТАРР. Непредвиденная перфорация брюшины весьма вероятна, особенно у больных с предшествующими операциями на нижнем этаже живота. Более того, перфорация может остаться незамеченной, что приводит к контакту имплантата с органами брюшной полости. Тем не менее, в настоящее время в мире около 50% эндоскопических герниопластик выполняется полностью внебрюшинным доступом.

Всё это не могло не вызвать некий бум новых подходов к лечению паховых грыж. Это объясняется тем, что по сравнению с традиционным оперативным вмешательством, после лапароскопической герниопластики уменьшается длительность нахождения в клинике (до 2 дней после операции), сокращается время нетрудоспособности, укорачивается длительность времени операции и расход материала. Кроме того, достигается хороший косметический эффект, уменьшается болевой синдром в послеоперационной области и до 10% снижается частота рецидивов [3,11,16,18,24].

Существует много работ в зарубежной литературе, освещающих тот или иной метод хирургического лечения при билатеральных паховых и сочетанных абдоминальных грыжах. Некоторые исследователи считают оптимальным проведение одномоментных операций путем ТАРР метода [2,8,23,273]. Другие ученые рекомендуют по мере возможности выполнять TEP, так как после ТАРР метода грыжесечения повреждение внутренних органов и развитие спаечных процессов, приводит к ранней кишечной непроходимости значительно чаще [1,14,19,25]. Сторонники «традиционного» метода при сложных билатеральных грыжах настаивают на проведении операции Лихтенштейна [1,2,10].

По новым данным Бразильского медицинского института Сан Пауло, двухпортное TEP, явля-

ется полезной своей косметической и финансовой стороной. Однако, трудность интраоперационного обзора и мономануальная работа хирурга требуют большого труда, и сравнительного анализа между трехпортным ведением операции.

Современная методика хирургического лечения грыж, в том числе паховых, предполагает выполнение операции с использованием синтетического имплантата (аллогерниопластика) для протезирования функционально несостоятельных анатомических структур (задней стенки пахового канала). С появлением биоматериалов частота окончательного излечения данного заболевания приближается к 100%. Целесообразность данной методики обусловлена снижением частоты рецидивирования грыж в среднем до 4% и в настоящее время не вызывает сомнений [7,15,28]. Наибольшее количество рецидивов после аллогерниопластики формируется при нарушении хода и техники выполнения самой операции (недостаточно надежная фиксация имплантата, ведущая к смещению последнего и возникновению рецидива) [3]. При использовании оптимальной хирургической техники с адекватной интеграцией протеза при соответствующем послеоперационном уходе пациент может вернуться к нормальной жизни со всеми обычными видами деятельности, включая обычные ежедневные физические усилия и занятия спортом. В течение последних десятилетий разработано и исследовано множество видов имплантационных систем для лечения всех видов грыж брюшной стенки, например, пупочных, бедренных и, в большинстве своем, паховых и послеоперационных грыж.

Немаловажным фактором также является сама методика фиксации имплантата, особенно при лапароскопических герниопластиках, когда имплантат фиксируется не по всей площади или периметру, а в определенных точках, что значительно снижает прочностные характеристики восстановленной брюшной стенки. В меньшей степени рецидивы формируются на фоне развившихся у пациента в послеоперационном периоде местных (в области операции) воспалительных реакций. Развитие последних наиболее часто связано с внедрением в организм человека синтетического материала, который необходимо еще и закрепить (фиксировать).

В настоящее время существуют более 70 разновидностей имплантационных систем для герниопластики. Они могут быть разделены на различные категории в зависимости от состава или типа материала, размера пор, плотности, и так да-

лее. [5,19]. Синтетические полностью макропористые нерассасывающиеся имплантаты – «Marlex» (Davol, Cranston, Rhode Island), «Prolene» (Ethicon, Somerville, New Jersey), «Prolite» (Atrium Medical, Hudson, New Hampshire), «Atrium» и «Trelex» – которые способствуют легкому проникновению макрофагов, фибробластов и коллагеновых волокон, образуют новую соединительную ткань и формируют процесс интеграции протеза в организм. Они также позволяют проникать более иммунокомпотентным клеткам, обеспечивая защиту от инфекции. Чем больше диаметр пор, тем лучше и быстрее будут происходить фиброплазия и ангиогенез [8,15]. В то же время будет больший риск возникновения спаек, когда протез размещается во внутрибрюшинном пространстве, особенно если он находится в контакте с висцеральным листком брюшины. Данный вид протезов может также способствовать возникновению эрозий и свищей. Полностью микропористый имплантат Gore-Tex («W.L. Gore and Associates», Flagstaff, Arizona), размерами 10 мкм разработана в целях применения его среди прочих изделий для герниопластики. Основным преимуществом этого материала является уменьшение риска возникновения спаек, даже в непосредственном контакте с висцеральным листком брюшины. Данный тип протеза очень мягкий, гибкий, слегка эластичный материал, и его гладкая поверхность не очень плотно прилегает к субстрату. Поэтому он должен быть тщательно зафиксирован посредством швов, так как его интеграция идет очень медленно, около 30-40 дней. Бактерии диаметром примерно 1 мкм легко проникают в микропоры протеза и, таким образом, последний защищен от макрофагов или нейтрофилов, которые являются слишком объемными для проникновения внутрь, при сохранении инфекционного процесса. Так же существуют макропористые имплантаты с многонитевыми или микропористыми компонентами [9,21]. Данный подвид имплантатов характеризуется содержанием плетеных многожильных нитей в своем составе, размерами пространства между их потоками менее 10 мкм, а также порами размером более 75 мкм. Он включает плетеные полиэфирные имплантаты – Mersilene («Ethicon», Johnson&Johnson, Somerville, США) и Parietex («Covidien», Mansfield, США); основным недостатком данного типа протеза является то, что при инфицировании области операции вероятность полного заживления раны даже после адекватного дренирования мала.

Смешанные имплантаты, также известные как «второе поколение имплантатов», характеризуются объединением более чем одного вида материала в структуре одного имплантата [10,212]. Частично рассасывающиеся имплантаты – Vyro II, Ultrapro («Ethicon», «Johnson & Johnson», Somerville, США). Одним из недостатков низкоплотных протезов является их чрезмерная податливость. Больше всего они используются в лапароскопической хирургии. Так же имеются имплантаты с нерассасывающимся покрытием. С целью избегания осложнений, характерных для макропористых материалов, таких как висцеральные спайки, эрозии и свищи, разработан имплантат с покрытием из материала, обуславливающего низкую тканевую реакцию, чтобы он мог оставаться в непосредственном и безопасном контакте с висцеральным листком брюшины [11].

В некоторых развитых странах начали использовать биологические сетчатые имплантаты. Состав биоматериала основан на коллагеновых включениях, полученных от донорского источника, и представляет собой, так называемые сетки третьего поколения. В соответствии с классификацией Amid, они включены в IV типа протезов – биоматериалы с субмикронным размером пор [2,6]. Коллаген в этих материалах может оставаться в своем естественном состоянии или может быть химически укреплен, чтобы быть более устойчивым к коллагеназе, которая продуцируется в ранах. Неукрепленный имплантат может быть полностью абсорбирован в течение 3 мес. Учитывая, что вновь образованная соединительная ткань всего в 70-80% случаев так же прочна, как и собственная соединительная ткань, и то, что пациенты с грыжами могут иметь врожденный дефект собственной соединительной ткани, можно сделать заключение, что применение биологических (или синтетических рассасывающихся) протезов теоретически может являться причиной более высокой частоты рецидива грыж, чем нерассасывающиеся протезы.

Заслуживает внимания самостоятельно расправляющийся и не требующий фиксации сетчатый полипропиленовый имплантат Rebound HRD («MMDI», США) с увеличенными ячейками, которые обеспечивают ускоренное прорастание тканью [8,20]. Имплантат армирован нитиновым каркасом, благодаря которому во время операции нет необходимости расправлять устройство после введения, а также фиксировать (нитью либо герниостеплером), что значительно сокращает длительность операции. Это влияет и на ощущения

пациента после операции – дискомфорт и боль незначительны и проходят сравнительно быстро.

Проблема соответствия имплантатов анатомическим поверхностям тела человека является в настоящий момент весьма актуальной, особенно в области хирургии паховых грыж. Не вызывает сомнения, что одной из причин развития таких послеоперационных осложнений, как инфильтраты, серомы, отеки и атрофии яичка, каузалгии и, наконец, рецидивы грыж, считается интеграция плоского имплантата, что требует плотного прилегания к поверхности и необходимость коррекции его формы перед фиксацией. Для решения данных задач в современной хирургии паховых грыж предложено применение физиологических имплантатов, изготовленных в соответствии с анатомической поверхностью паховой области и имеющих адаптированную, закругленную оваловидную форму. Примером данных имплантатов может являться 3D Max Mesh («Bard Davol Inc.», США), разработанный специально для паховой лапароскопической герниопластики [11,17,23]. Материал сетчатого протеза – непокрытый полипропилен. Физиологическая форма (выпуклая внутренняя поверхность с контурированием по анатомической форме паховой области) и контуры (полуовальная форма со сглаженными контурами и усилением уплотненной полипропиленовой нитью по периферии) имплантата полностью соответствуют анатомии паховой области, что обеспечивает максимальное прилегание и минимизирует вероятность смещения имплантата. Данный подвид имплантатов целесообразно применять в совокупности с рассасывающимися фиксаторами, например герниостеплеры SorbaFix («Bard Davol Inc.», США) [1,30]. Практическое применение подобных разработок позволяет снизить частоту развития у пациентов послеоперационного хронического болевого синдрома, что закономерно повышает качество жизни пациентов. Герниостеплер SorbaFix Absorbable Fixation System представляет собой рассасывающуюся систему фиксации, в которой фиксаторы изготовлены из полилактидов и практически полностью рассасываются в течение 12 мес. с момента имплантации, оставляя значительно меньше инородных материалов в организме пациента. Эта фиксационная система не имеет острых краев, что обеспечивает комфорт и безопасность пациента. Надежность фиксации обеспечивается за счет максимального проникновения в ткани на 5 мм и унифицированного диаметра резьбы по всей длине. Система фиксации Sorba Fix имеет систе-

му подачи диаметром 5 мм, которая обеспечива-ет плавное и надежное введение скрепки [4,16,20].

Обсуждая вопрос об имплантационных систе-мах для герниопластик, нельзя не коснуться воз-можных осложнений от их использования. Общий риск развития осложнений после паховых грыже-сечений колебался от 15 до 28%. Наиболее частые ранние осложнения – гематомы и серомы (8-22%), задержка мочи и ранние боли. Поздние осложне-ния в основном постоянные боли и рецидивы. Хроническая боль является проблемой, которая в первую очередь влияет на качество жизни паци-ента и представляет собой наиболее распростра-ненное осложнение даже в случае успешно прове-денной операции. Если требуется повторная опе-рация в случае рецидива, то вероятность возник-новения хронической боли увеличивается [21,25]. Среди прочих осложнений можно выделить опи-санные выше реакции на инородные тела, инфек-ции, дискомфорт, дислокации, миграции и эро-зии протеза. Хроническая боль, ригидность жи-вота и ощущение инородного тела при использо-вании лапароскопического доступа наблюдаются с наименьшей частотой. Кроме этих специфич-еских осложнений, вызванных непосредственно имплантатом, могут возникать осложнения, об-щие для любой хирургической процедуры, такие как респираторные инфекции или инфекции моче-выводящих путей, рвота, запор, задержка мочи, венозный тромбоз и кровотечения [10].

Таким образом, в настоящее время отсутству-ет «идеальный» имплантат для герниопластики, позволяющий предотвратить послеоперацион-ные осложнения у пациента; продолжаются по-иски и разработки имплантационных систем, ко-торые должны обладать следующими свойства-ми: общедоступность с финансовой точки зрения, способность к хорошей тканевой интеграции, хо-рошая «память» формы, легкость в использова-нии; последствия проведенной герниопластики не должны влиять на повседневную активность и ка-чество жизни пациента; исходя из доступных со-временных имплантационных систем, для каждо-го пациента должен осуществляться точный ин-дивидуальный выбор соответствующей системы.

Во 2 клинике Ташкентской медицинской ака-демии первая лапароскопическая герниопласти-ка при паховой грыже была выполнена в 2012 г. За прошедшие 3 года выполнены 212 лапароско-пических вмешательств при паховых грыжах. При этом, как правило (168 (80%) операций), исполь-зована методика ТЕР. В остальных случаях при-менена методика TAPP. Последнюю применя-

ли в случаях, когда была необходима simultан-ная лапароскопическая коррекция другой патоло-гии. Так, лапароскопическая холецистэктомия си-мультанно с TAPP выполнена у 14 больных, ла-пароскопическая герниопластика при пупочной грыже – у 5, лапароскопическая цистэктомия пе-чени – у 3. У 8 больных во время выполнения ТЕР произошло вскрытие брюшной полости при соз-дании рабочего пространства, вследствие чего вмешательство переведено на методику TAPP. В 14 (6,6%) случаях осуществлена конверсия. При-чинами конверсии были: недостаточность обзор-а из-за потери воздуха в брюшную полость (6 случаев), наличие ранее перенесенных операций в нижнем этаже живота (4 случая), повышенная кровоточивость тканей при создании рабочего пространства (4 случая). Хотелось бы отметить, что, как правило, случаи конверсии были на пер-вые 100 вмешательств. Развитие этих проблем на сегодняшний день в нашей клинике не являются поводом для конверсии.

Операции проводились в основном под общим обезболиванием с миорелаксацией. Однако в слу-чаях высокого анестезиологического риска ис-пользовалась спинальная анестезия.

Длительность операции для односторонней грыжи в среднем составила 74 ± 12 мин. Если вы-полнялась двухсторонняя пластика, то длитель-ность вмешательства была 100 ± 15 мин. То есть, продолжительность второй стороны за счет уже созданного рабочего пространства сокращается в 2 раза.

Больные были активны уже на следующие сут-ки после операции. Применения анальгетиков и проведения антибактериальной терапии на 2 сут-ки и далее не требовалось. Средний послеопера-ционный койко-день составил $2,8 \pm 1,2$ койко-дня. В раннем послеоперационном периоде нами отме-чены следующие осложнения: серома – у 6 боль-ных, невралгические боли – у 3, гематома – у 1. Эти осложнения, на наш взгляд, были связаны с видом использованного сетчатого импланта, ви-дом герниостеплера. Все вышеуказанные ослож-нения ликвидированы методами консервативной терапии. За период наблюдения рецидива грыжи мы не наблюдали.

Таким образом, проведенный обзор по совре-менным методам лечения паховых грыж и наш собственный опыт позволил выявить определён-ные тенденции в современной герниологии – раз-витие лапароскопической герниопластики. Эта методика на сегодняшний день становится аль-тернативой традиционным методам лечения па-

вохвых грыж и все практикующие хирурги, на наш взгляд, должны владеть методикой эндохирургической их коррекции.

Естественно, что при всей многочисленности публикаций, сегодня с учетом внедрения TEP и TAPP методик при паховых грыжах, отсутствует единая хирургическая лечебная тактика при выборе метода ее коррекции, мнения различных ав-

торов о преимуществах и их недостатках противоречивы.

На наш взгляд, лапароскопические методы герниопластики, в настоящее время, являются приемлемым методом при лечении паховых грыжах, всё же требуя разработки решений по существующим проблемам эндохирургии.

Литература

1. Agresta E., Bedin N. Transabdominal laparoscopic inguinal hernia repair, is there a place for biological mesh? *Hernia*. 2008; 12: 609-612.
2. Ahmad G., O'Flynn H., Duffy J.M. et al. Laparoscopic entry techniques. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 2: 65-83.
3. Bellón J.M. Implicaciones de los nuevos diseños protésicos de baja densidad en la mejora de la reparación de defectos herniarios. *Revisión de conjunto*. *Cir Esp*. 2009; 85: 268-273.
4. Belyansky I., Tsirlin V.B., Klima D.A. et al. Prospective, comparative study of postoperative quality of life in TEP, TAPP, and modified Lichtenstein repairs. *Ann Surg*. 2011; 254 (5): 709-14.
5. Bittner R., Schmedt C.G., B.J. Leibl. et al. Early postoperative and 1-year results of a randomized controlled trial comparing the impact of extralight titanized polypropylene-mesh or traditional heavyweight polypropylene-mesh on pain and seroma production in laparoscopic hernia repair (TAPP). *World J Surg*. 2011; 35: 1791-1797.
6. Bittner R., Arregui M.E., Bisgaard T. Guidelines for laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal hernia [International Endohernia Society (IEHS)]. *Surg Endosc*. 2011; 25 (9): 2773-843.
7. Bittner R., Gmähle E., Gmähle B. et al. Lightweight mesh and noninvasive fixation: an effective concept for prevention of chronic pain with laparoscopic hernia repair (TAPP). *Surg Endosc*. 2010; 24: 2958-64.
8. Blanc P., Meyer A., Delacoste F., Atger J. Traitement des Hernies Inguinales par Coelioscopie par la voie Totalement Extraperitoneale (TEP): la distance ombilico-pubienne influence-t-elle la technique? *Eur J Laparoscopy*. 2011; 79: 1-4.
9. Bökelér U., Schwarz J., Bittner R. et al. Teaching and training in laparoscopic inguinal hernia repair (TAPP) – impact of the learning curve on patient's outcome. *Surg Endosc*. 2013; 2: 131-138.
10. Castro C.C., Rodrigues S.M.C. Cicatrizacao de feridas. In *Programa de atualizacao em cirurgia*. Porto Alegre. *Artmed*. 2007; 4: 35-50.
11. Chastan P. Tension-free open hernia repair using an innovative self-gripping semi-resorbable mesh. *Hernia*. 2009; 13: 137-142.
12. Chung L., Norrie J., O'Dwyer P.J. Long-term follow-up of patients with a painless inguinal hernia from a randomized clinical trial. *Br J Surg*. 2010; 3: 16-27.
13. Currie A., Andrew H., Tonsi A. et al. Lightweight versus heavyweight mesh in laparoscopic inguinal hernia repair: a meta-analysis. *Surg Endosc*. 2012; 26 (8): 2126-33.
14. Dulucq L.J., Wintringer P., Mahajna A. Laparoscopic totally extraperitoneal inguinal hernia repair. Lessons learned from 3,100 hernia repairs over 15 years. *Surg Endosc*. 2009; 23 (3): 482-486.
15. Eklund A., Montgomery A., Bergkvist L. et al. Chronic pain 5 years after randomized comparison of laparoscopic and Lichtenstein inguinal hernia repair. *Br J Surg*. 2010; 97 (4): 600-8.
16. Eerie U.B., Mark L.A. Prosthetic material in inguinal hernia repair How do I choose? *Surg Clin N Am*. 2008; 88: 179-201.
17. Hocaoglu Y., Bastian P., Buchner A. et al. Impact of previous mesh hernia repair on the performance of open radical prostatectomy – complications and functional outcome. *BJU Int*. 2010; 106 (11): 1628-31.
18. Hollinsky C., Sandberg S., Koch T., Seidler S. Biomechanics I properties of lightweight versus heavyweight meshes for laparoscopic inguinal hernia repair and their impact on recurrence rates. *Surg Endosc*. 2008; 22: 2679-2685.
19. Iuamoto L.R., Kato J.M., Meyer A. et al. Laparoscopic totally extraperitoneal (TEP) hernioplasty using two trocars: anatomical landmarks and surgical technique. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2015; 28 (2): 121-123.
20. Karthikesalingam A., Markar S.R., Holt P.J. et al. Meta-analysis of randomized controlled trials comparing laparoscopic with open mesh repair of recurrent inguinal hernia. *Br J Surg*. 2010; 97: 4-11.
21. Kavic S.M. Laparoscopic versus open repair: a superior approach to inguinal herniorrhaphy? *OA Minimally Invasive Surgery*. 2013; 1 (1): 1.
22. Messenger D.E., Aroori S., Vipond M.N. Five-year prospective follow-up of 430 laparoscopic totally extraperitoneal inguinal hernia repairs in 275 patients. *Ann R Coll Surg Engl*. 2010; 92 (3): 201-5.
23. Meyer A., Dulucq J., Mahajna A. Laparoscopic hernia repair: Nonfixation mesh is feasibly? *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2013; 26 (1): 27-30.
24. Sajid M.S., Kalra L., Paramalli U. et al. A systematic review and meta-analysis evaluating the effectiveness of lightweight mesh against heavyweight mesh in influencing the incidence of chronic groin pain following laparoscopic inguinal hernia repair. *Am J Surg*. 2013; 3: 623-5.
25. Schreinemacher M.H.F., Emans P.J., Gijbels M.J.J., et al. Degradation of mesh coatings and intraperitoneal adhesion formation in an experimental model. *Br J Surg*. 2009; 96: 305-313.
26. Simons M.R., Aufenacker T., Bay-Nielsen et al. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia*. 2009; 13 (4): 343-403.
27. Simon M.R., Auenacker T., Bay-Nielsen M. European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients. *Hernia*. 2009; 13: 343-403.
28. Tantia O., Jain M., Khanna S. et al. Laparoscopic repair of recurrent groin hernia: results of a prospective study. *Surg Endosc*. 2009; 23 (4): 734-8.
29. Tzovaras G., Symeonidis D., Koukoulis G. et al. Long-term results after laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP) inguinal hernia repair under spinal anesthesia. *Hernia*. Dec. 2012; 16 (6): 641-5.
30. Wauschkuhn C.A., Schwarz J., Boekeler U. et al. Laparoscopic inguinal hernia repair: gold standard in bilateral hernia repair? Results of more than 2800 patients in comparison to literature. *Surg Endosc*. 2010; 24: 3026-30.

И.Б.Калниязова, О.М.Миртазаев, М.Ф.Абдукахарова, Н.А.Миртазаева, С.Е.Айтимбетов ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ РЕСПУБЛИКИ КАРАКАЛПАКСТАН..... 104

Б.К.Юсупалиев АККРЕДИТАЦИЯ СЕЛЬСКИХ ВРАЧЕБНЫХ ПУНКТОВ КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ..... 107

SHARHLAR 
ОБЗОРЫ

Ш.И.Каримов, У.Б.Беркинов, М.Ш.Хакимов, О.Т.Саттаров ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ 113

Х.Я.Каримов, С.С.Арифов, Н.Н.Маликова, К.Т.Бобоев РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ И КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ВУЛЬГАРНЫХ УГРЕЙ..... 120

И.Р.Мавлянов, А.Х.Аширметов, А.Ш.Касымов, З.И.Мавлянов СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О МЕХАНИЗМЕ РАЗВИТИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ.. 124

С.У.Асилова, Г.К.Нуримов, С.А.Бегалиев, Б.С.Турдибеков, А.И.Шодиев ДИГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАСТАРЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ НЕРВОВ И НЕЙРОГЕННЫХ ДЕФОРМАЦИЙ КИСТИ И ПАЛЬЦЕВ
130

Р.З.Юлдашев, М.М.Алиев, А.Ю.Юлдашев, Г.С.Адылова ПОЧЕЧНАЯ ФЛЕБОГИПЕРТЕНЗИЯ (патогенез, клиника, диагностика, лечение) 134

С.Х.Давронов, И.Ю.Ходжанов, А.Р.Хошимов ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ ДЕФОРМАЦИИ КИСТИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА 139

З.М.Низамходжаев, А.М.Хусанов, Э.И.Нигматуллин, Р.К.Садиков ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАПУЩЕННЫМИ СТАДИЯМИ РАКА ПИЩЕВОДА..... 142

AMALIY SHIFOKOR KONSPEKTI 
КОНСПЕКТ ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

Ш.А.Хужаева, Д.Я.Таиханова, С.Ю.Курбанова ВАГИНАЛ ЛАКТОБАКТЕРИЯЛАРНИНГ БИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ..... 147

Б.К.Юсупалиев ОЦЕНКА КАЧЕСТВА РАБОТЫ ПАТРОНАЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ СЕЛЬСКОГО ВРАЧЕБНОГО ПУНКТА 151