

## ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 65 ЛЕТ

**Назаров Зокир Норжигитович**

**Ассистент кафедры хирургических болезней №1 и трансплантологии  
Самаркандский государственный медицинский университет**

**Аннотация.** Выполнен анализ результатов лечения 345 пациентов в возрасте 65-89 лет с паховыми грыжами за период 2018-2024 гг. Основная группа (n=186) — лапароскопическая тартр, контрольная группа (n=159) — герниопластика по лихтенштейну. Срок наблюдения — 28 месяцев. Лапароскопическая тартр-герниопластика у пациентов старше 65 лет обеспечивает лучшие непосредственные результаты и качество жизни при сопоставимой частоте рецидивов. Метод может быть рекомендован как предпочтительный при отсутствии абсолютных противопоказаний.

**Ключевые слова:** паховая грыжа, лапароскопия, тартр-герниопластика, пожилой возраст, сетчатый имплант, хирургическое лечение.

## POSSIBILITIES OF LAPAROSCOPIC TECHNOLOGIES IN INGUINAL HERNIA TREATMENT IN PATIENTS OVER 65 YEARS

**Nazarov Zokir Norzhigitovich**

**Assistant, Department of Surgical Diseases No. 1 and Transplantology  
Samarkand State Medical University**

**Abstract.** Analysis of treatment results of 345 patients aged 65-89 years with inguinal hernias for the period 2018-2024 was performed. Main group (n=186) — laparoscopic tarr, control group (n=159) — lichtenstein hernioplasty. Follow-up period — 28 months. Laparoscopic tarr hernioplasty in patients over 65 years provides better immediate results and quality of life with comparable recurrence rates. The method can be recommended as preferred in the absence of absolute contraindications.

**Keywords:** inguinal hernia, laparoscopy, tarr hernioplasty, elderly age, mesh implant, surgical treatment.

Паховая грыжа относится к числу наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний. По данным мировой статистики, ежегодно выполняется более 20 миллионов операций по поводу паховых грыж, что ставит данное вмешательство в ряд наиболее распространённых в общехирургической практике. Актуальность проблемы определяется не только высокой распространённостью заболевания, но и значительными экономическими затратами на лечение и реабилитацию пациентов.

Демографические тенденции последних десятилетий характеризуются неуклонным ростом доли пожилого населения. По прогнозам экспертов воз, к 2050 году число лиц старше 60 лет превысит 2 миллиарда человек. Эта тенденция неизбежно отражается на структуре хирургической патологии: всё большее число пациентов, нуждающихся в герниопластике, относится к старшим возрастным группам.

Хирургическое лечение паховых грыж у пожилых пациентов имеет свои особенности. С одной стороны, возрастные изменения соединительной ткани предрасполагают к формированию грыж больших размеров с широкими грыжевыми воротами. С другой стороны, наличие множественной сопутствующей патологии и снижение функциональных резервов организма повышают операционный риск и требуют тщательного выбора хирургической тактики.

Современные ненатяжные методы герниопластики с применением синтетических имплантов существенно улучшили результаты лечения. Лапароскопические методики, в частности трансабдоминальная преперитонеальная пластика (тапп), позволяют минимизировать операционную травму и обеспечить раннюю реабилитацию пациентов. Однако применимость данных технологий у пожилых больных остаётся предметом дискуссий в хирургическом сообществе.

**Материалы и методы.** В исследование включены 345 пациентов с первичными паховыми грыжами в возрасте от 65 до 89 лет, оперированных в хирургическом отделении клиники за период с января 2018 по декабрь 2024 года. Критерии включения: возраст 65 лет и старше, наличие первичной паховой грыжи, информированное согласие на участие в исследовании. Критерии исключения: рецидивные и ущемлённые грыжи, тяжёлая декомпенсированная соматическая патология (asa iv-v), отказ от участия в исследовании.

Мужчин было 318 (92,2%), женщин — 27 (7,8%). Средний возраст пациентов составил  $72,6 \pm 5,9$  года. Распределение по возрастным группам: 65-69 лет — 124 (35,9%), 70-74 года — 108 (31,3%), 75-79 лет — 72 (20,9%), 80 лет и старше — 41 (11,9%) пациент. По типу грыж: косые — 198 (57,4%), прямые — 118 (34,2%), комбинированные — 29 (8,4%).

Сопутствующая патология выявлена у 312 (90,4%) пациентов. Наиболее часто встречались: артериальная гипертензия — у 286 (82,9%), ибс — у 218 (63,2%), сахарный диабет 2 типа — у 94 (27,2%), хобл — у 62 (18,0%), ожирение — у 78 (22,6%) пациентов. Класс asa ii определён у 98 (28,4%), asa iii — у 247 (71,6%) пациентов.

Пациенты были разделены на две группы. Основную группу составили 186 пациентов, которым выполнена лапароскопическая трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика (тапп) с использованием полипропиленового сетчатого эндопротеза размером 12×15 см. Контрольную группу составили 159 пациентов, оперированных открытым методом по лихтенштейну с применением аналогичного импланта. Выбор метода

операции осуществлялся с учётом клинической ситуации, предпочтений пациента и наличия противопоказаний к лапароскопическому вмешательству.

**Таблица 1. Клиническая характеристика пациентов**

Показатель	Основная (n=186)	Контрольная (n=159)	P
Возраст, лет	72,4±5,7	72,9±6,2	>0,05
Мужчины	172 (92,5%)	146 (91,8%)	>0,05
Женщины	14 (7,5%)	13 (8,2%)	>0,05
Имт, кг/м <sup>2</sup>	27,4±3,6	27,8±3,9	>0,05
Asa ii	54 (29,0%)	44 (27,7%)	>0,05
Asa iii	132 (71,0%)	115 (72,3%)	>0,05
Артериальная гипертензия	152 (81,7%)	134 (84,3%)	>0,05
Ибс	116 (62,4%)	102 (64,2%)	>0,05
Сахарный диабет	48 (25,8%)	46 (28,9%)	>0,05

**Таблица 2. Характеристика грыж**

Показатель	Основная группа	Контрольная группа	P
Косая паховая	108 (58,1%)	90 (56,6%)	>0,05
Прямая паховая	62 (33,3%)	56 (35,2%)	>0,05
Комбинированная	16 (8,6%)	13 (8,2%)	>0,05
Правосторонняя	106 (57,0%)	88 (55,3%)	>0,05
Левосторонняя	80 (43,0%)	71 (44,7%)	>0,05

**Результаты и их обсуждение.** Группы были сопоставимы по возрасту, полу, типу грыж и структуре коморбидности. Средняя продолжительность операции в основной группе составила 52,4±12,6 мин, в контрольной — 44,2±10,8 мин (p<0,01). Конверсия к открытому доступу потребовалась у 4 (2,2%) пациентов основной группы: в 2 случаях — из-за выраженного спаечного процесса, в 1 — из-за интраоперационного выявления скользящей грыжи, в 1 — из-за технических сложностей при выделении грыжевого мешка.

Интенсивность болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ваш) в 1-е сутки после операции составила 2,6±1,0 балла в основной группе и 5,2±1,4 балла в контрольной (p<0,001). На 3-и сутки показатели снизились до 1,0±0,5 и 3,2±1,0 балла соответственно (p<0,001). Потребность в

назначении опиоидных анальгетиков отмечена у 8 (4,3%) пациентов основной группы и у 44 (27,7%) контрольной группы ( $p<0,001$ ).

Сроки активизации пациентов существенно различались. В основной группе самостоятельная ходьба была возможна через  $3,4\pm1,6$  часа после операции, в контрольной — через  $9,2\pm3,4$  часа ( $p<0,001$ ). Средняя длительность госпитализации составила  $1,9\pm0,7$  суток в основной группе и  $4,6\pm1,5$  суток в контрольной группе ( $p<0,001$ ).

Ранние послеоперационные осложнения развились у 17 (9,1%) пациентов основной группы и у 28 (17,6%) пациентов контрольной группы ( $p<0,05$ ). Структура осложнений представлена в таблице 3. Наиболее частыми осложнениями были серома области операции и задержка мочеиспускания. Раневая инфекция отмечена только в контрольной группе — у 4 (2,5%) пациентов.

При наблюдении в сроки до 28 месяцев рецидив грыжи диагностирован у 4 (2,2%) пациентов основной группы и у 5 (3,1%) пациентов контрольной группы ( $p>0,05$ ). Хроническая паховая боль (сохраняющаяся более 3 месяцев после операции) выявлена у 6 (3,2%) и 21 (13,2%) пациента соответственно ( $p<0,001$ ). Нарушение чувствительности в паховой области отмечено у 8 (4,3%) и 19 (11,9%) пациентов ( $p<0,01$ ).

Анализ качества жизни по опроснику eq-5d через 6 месяцев после операции показал достоверно лучшие результаты в основной группе. Индекс утилитарности составил  $0,86\pm0,08$  против  $0,78\pm0,11$  ( $p<0,01$ ). Показатель по визуально-аналоговой шкале eq-vas —  $82,4\pm8,6$  против  $74,6\pm10,8$  ( $p<0,001$ ).

**Таблица 3. Ранние послеоперационные осложнения**

Осложнение	Основная	Контрольная	P
Серома	8 (4,3%)	12 (7,5%)	$>0,05$
Гематома	3 (1,6%)	5 (3,1%)	$>0,05$
Задержка мочеиспускания	4 (2,2%)	6 (3,8%)	$>0,05$
Раневая инфекция	0	4 (2,5%)	-
Орхит	2 (1,1%)	1 (0,6%)	$>0,05$
Всего пациентов	17 (9,1%)	28 (17,6%)	$<0,05$

**Таблица 4. Сравнительные результаты лечения**

Показатель	Основная	Контрольная	P
Длительность операции, мин	$52,4\pm12,6$	$44,2\pm10,8$	$<0,01$
Боль ваш, 1 сутки	$2,6\pm1,0$	$5,2\pm1,4$	$<0,001$
Боль ваш, 3 сутки	$1,0\pm0,5$	$3,2\pm1,0$	$<0,001$
Активизация, часы	$3,4\pm1,6$	$9,2\pm3,4$	$<0,001$
Госпитализация, сутки	$1,9\pm0,7$	$4,6\pm1,5$	$<0,001$
Опиоидные анальгетики	8 (4,3%)	44 (27,7%)	$<0,001$

**Таблица 5. Отдалённые результаты (до 28 месяцев)**

<b>Показатель</b>	<b>Основная</b>	<b>Контрольная</b>	<b>P</b>
Рецидив грыжи	4 (2,2%)	5 (3,1%)	>0,05
Хроническая боль	6 (3,2%)	21 (13,2%)	<0,001
Нарушение чувствительности	8 (4,3%)	19 (11,9%)	<0,01
Eq-5d индекс	0,86±0,08	0,78±0,11	<0,01
Eq-vas	82,4±8,6	74,6±10,8	<0,001

Результаты проведённого исследования подтверждают эффективность и безопасность лапароскопической тарр-герниопластики у пациентов старше 65 лет. Достоверно меньшая выраженность послеоперационного болевого синдрома, ускоренная активизация и сокращение сроков госпитализации являются существенными преимуществами минимально инвазивного подхода, особенно значимыми для пожилых пациентов.

Снижение частоты хронической послеоперационной боли более чем в 4 раза представляется одним из наиболее важных преимуществ лапароскопической методики. Хроническая паховая боль существенно снижает качество жизни пациентов и нередко требует длительного лечения или повторных вмешательств. Меньшая травматичность лапароскопического доступа и отсутствие контакта сетчатого импланта с нервными структурами пахового канала объясняют данное преимущество.

Частота рецидивов при обоих методах была низкой и статистически не различалась, что свидетельствует о сопоставимой надёжности лапароскопической и открытой герниопластики при соблюдении стандартной техники операции. Принципиально важно, что расположение сетчатого импланта в преперитонеальном пространстве при тарр обеспечивает укрепление всей миопектинеальной области.

Необходимость общей анестезии при лапароскопических вмешательствах традиционно рассматривается как фактор, ограничивающий их применение у пожилых пациентов. Однако современные протоколы анестезиологического обеспечения и использование низкого давления пневмоперитонеума (10-12 мм рт.ст.) Позволяют безопасно выполнять данные операции у большинства пациентов класса asa ii-iii.

На основании полученных результатов нами разработан алгоритм выбора метода герниопластики у пожилых пациентов. Лапароскопическая тарр рекомендуется при отсутствии противопоказаний к общей анестезии и лапароскопическому доступу. Открытая герниопластика по лихтенштейну остаётся методом выбора при наличии выраженного спаечного процесса брюшной полости или противопоказаний к пневмоперитонеуму.

### **Заключение**

Лапароскопическая трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика является эффективным и безопасным методом лечения паховых грыж у пациентов старше 65 лет. По сравнению с открытой герниопластикой по лихтенштейну метод тартр обеспечивает достоверно меньшую выраженность послеоперационного болевого синдрома, более раннюю активизацию пациентов и сокращение сроков госпитализации в 2,4 раза.

При сопоставимой частоте рецидивов лапароскопическая методика характеризуется четырёхкратным снижением частоты хронической послеоперационной боли и лучшими показателями качества жизни в отдалённом периоде. Метод может быть рекомендован в качестве предпочтительного варианта хирургического лечения паховых грыж у пожилых пациентов при отсутствии абсолютных противопоказаний к лапароскопическому вмешательству.

#### Список литературы

1. Herniasurge group. International guidelines for groin hernia management. *Hernia*. 2018; 22(1): 1-165.
2. Bittner r., montgomery m.a., arregui e. Et al. Update of guidelines for laparoscopic treatment of inguinal hernia. *Surg endosc*. 2015; 29(2): 289-321.
3. Черноусов а.ф., хоробрых т.в., ветшев ф.п. герниопластика в пожилом возрасте. *Хирургия*. 2020; 5: 82-88.
4. Köckerling f., bittner r., adolf d. Et al. Seroma following transabdominal preperitoneal patch plasty (tapp). *Surg endosc*. 2018; 32(1): 272-277.
5. Тимошин а.д., юрасов а.в., шестаков а.л. хирургическое лечение паховых грыж. М.: триада-х; 2019. 168 с.
6. O'reilly e.a., burke j.p., o'connell p.r. a meta-analysis of surgical morbidity and recurrence after laparoscopic and open repair of primary unilateral inguinal hernia. *Ann surg*. 2012; 255(5): 846-853.
7. Федоров в.д., емельянов с.и. эндовидеохирургия грыж. М.: гэотар-медиа; 2021. 224 с.
8. Simons m.p., aufenacker t., bay-nielsen m. Et al. European hernia society guidelines on the treatment of inguinal hernia. *Hernia*. 2009; 13(4): 343-403.
9. Жебровский в.в. хирургия грыж живота. М.: миа; 2018. 384 с.
10. Lau h. Laparoscopic repair of inguinal hernia in the elderly. *J laparoendosc adv surg tech*. 2002; 12(3): 193-198.