

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО И
ОТКРЫТОГО МЕТОДОВ ГЕРНИОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ
ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

Назаров Зокир Норжигитович
Ассистент кафедры хирургических болезней №1 и трансплантологии
Самаркандский государственный медицинский университет

Аннотация. Изучены результаты хирургического лечения 312 пациентов в возрасте 60-84 лет с первичными паховыми грыжами за период 2019-2024 гг. В I группе (n=168) выполнялась лапароскопическая герниопластика методом тара, во II группе (n=144) — открытая пластика по Лихтенштейну. Эндовидеохирургическая герниопластика у пожилых пациентов характеризуется меньшей травматичностью, ускоренной реабилитацией и сопоставимой частотой рецидивов по сравнению с открытой методикой.

Ключевые слова: паховая грыжа, эндовидеохирургия, герниопластика тара, геронтология, пластика по Лихтенштейну, послеоперационная реабилитация.

**COMPARATIVE EVALUATION OF ENDOVIDEOSURGICAL AND OPEN
HERNIOPLASTY METHODS IN ELDERLY PATIENTS**

Nazarov Zokir Norzhigitovich
Assistant, Department of Surgical Diseases No. 1 and Transplantology
Samarkand State Medical University

Abstract. The results of surgical treatment of 312 patients aged 60-84 years with primary inguinal hernias for the period 2019-2024 were studied. In group I (n=168), laparoscopic TAPP hernioplasty was performed, in group II (n=144) — open Lichtenstein repair. Endovideosurgical hernioplasty in elderly patients is characterized by less trauma, accelerated rehabilitation, and comparable recurrence rates compared to open technique.

Keywords: inguinal hernia, endovideosurgery, TAPP hernioplasty, gerontology, Lichtenstein repair, postoperative rehabilitation.

Паховые грыжи представляют собой одну из наиболее актуальных проблем современной абдоминальной хирургии. Ежегодно в мире выполняется более 20 миллионов грыжесечений, из которых значительную долю составляют операции по поводу паховых грыж. В структуре плановых хирургических вмешательств герниопластика занимает одно из ведущих мест, уступая лишь холецистэктомии и аппендэктомии.

Демографические изменения последних десятилетий привели к существенному увеличению доли пожилых пациентов среди больных с

паховыми грыжами. По данным статистики, до 40% всех герниопластик выполняется пациентам старше 60 лет. При этом частота паховых грыж в данной возрастной группе достигает 15-18%, что обусловлено возрастной инволюцией соединительной ткани и мышечно-апоневротических структур передней брюшной стенки.

Хирургическое лечение паховых грыж у пожилых пациентов сопряжено с рядом особенностей. Наличие множественной сопутствующей патологии, снижение компенсаторных резервов организма и замедление репаративных процессов создают предпосылки для повышенного риска периоперационных осложнений. Вместе с тем консервативная тактика при паховых грыжах неприемлема в связи с высоким риском ущемления и развития жизнеугрожающих осложнений.

Современные методы ненатяжной герниопластики с использованием синтетических сетчатых имплантов позволили существенно улучшить результаты лечения и снизить частоту рецидивов. Эндовидеохирургические методики, в частности трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика (тартр), получили широкое распространение благодаря минимальной травматичности и возможности одномоментной коррекции двусторонних грыж. Однако вопрос о применимости данных методик у пациентов старших возрастных групп остаётся дискуссионным.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный и проспективный анализ результатов хирургического лечения 312 пациентов с первичными односторонними паховыми грыжами в возрасте от 60 до 84 лет. Исследование проводилось на базе хирургического отделения клиники в период с января 2019 по декабрь 2024 года. Критериями включения служили: возраст 60 лет и старше, наличие первичной односторонней паховой грыжи, информированное согласие на участие в исследовании. Критерии исключения: рецидивные грыжи, ущемлённые грыжи, тяжёлая декомпенсированная соматическая патология.

Среди обследованных преобладали мужчины — 284 (91,0%), женщин было 28 (9,0%). Средний возраст пациентов составил $68,7 \pm 6,4$ года. По типу грыж распределение было следующим: косые паховые — 186 (59,6%), прямые — 102 (32,7%), комбинированные — 24 (7,7%). Правосторонняя локализация отмечена у 178 (57,1%) пациентов, левосторонняя — у 134 (42,9%).

Сопутствующая патология выявлена у 276 (88,5%) пациентов. Структура коморбидности включала: ишемическую болезнь сердца — у 198 (63,5%), гипертоническую болезнь — у 256 (82,1%), сахарный диабет 2 типа — у 78 (25,0%), хроническую обструктивную болезнь лёгких — у 54 (17,3%), ожирение — у 86 (27,6%) пациентов. Индекс коморбидности чарлсона составил в среднем $4,2 \pm 1,8$ балла.

Пациенты были разделены на две группы в зависимости от метода оперативного вмешательства. I группу составили 168 пациентов, которым выполнена лапароскопическая трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика (тартр). II группу составили 144 пациента после открытой

ненатяжной герниопластики по методике лихтенштейна. Выбор метода операции осуществлялся с учётом предпочтений пациента и наличия противопоказаний к лапароскопическому вмешательству.

Таблица 1. Клиническая характеристика пациентов

Показатель	I группа (n=168)	II группа (n=144)	P
Возраст, лет	68,4±6,2	69,1±6,7	>0,05
Мужчины	154 (91,7%)	130 (90,3%)	>0,05
Женщины	14 (8,3%)	14 (9,7%)	>0,05
Имт, кг/м ²	27,2±3,8	27,8±4,1	>0,05
Индекс чарлсона	4,1±1,7	4,3±1,9	>0,05
Asa ii	52 (31,0%)	42 (29,2%)	>0,05
Asa iii	98 (58,3%)	86 (59,7%)	>0,05
Asa iv	18 (10,7%)	16 (11,1%)	>0,05

Таблица 2. Характеристика грыж

Тип грыжи	I группа	II группа	P
Косая паховая	102 (60,7%)	84 (58,3%)	>0,05
Прямая паховая	52 (31,0%)	50 (34,7%)	>0,05
Комбинированная	14 (8,3%)	10 (7,0%)	>0,05
Правосторонняя	94 (56,0%)	84 (58,3%)	>0,05
Левосторонняя	74 (44,0%)	60 (41,7%)	>0,05

Результаты и их обсуждение. Анализ интраоперационных показателей выявил определённые различия между группами. Средняя продолжительность операции в I группе составила 48,6±11,4 мин, во II группе — 42,8±9,6 мин ($p<0,05$). Несмотря на статистически значимые различия, клиническое значение разницы в 5-6 минут представляется несущественным. Интраоперационная кровопотеря была минимальной в обеих группах и не превышала 20-30 мл.

Конверсия к открытой операции в I группе потребовалась у 3 (1,8%) пациентов. Причинами конверсии послужили: выраженный спаечный процесс брюшной полости после ранее перенесённых операций — 2 случая, интраоперационное выявление скользящей грыжи с вовлечением стенки мочевого пузыря — 1 случай.

Выраженность послеоперационного болевого синдрома оценивалась по визуально-аналоговой шкале (ваш) в баллах от 0 до 10. В первые сутки после операции интенсивность боли в I группе составила 2,8±0,9 балла, во II группе — 5,4±1,2 балла ($p<0,001$). На третьи сутки показатели составили 1,2±0,5 и 3,6±0,9 балла соответственно ($p<0,001$). Потребность в наркотических

анальгетиках в і группе отмечена у 8 (4,8%) пациентов, во ii группе — у 42 (29,2%) пациентов.

Сроки активизации пациентов существенно различались между группами. В і группе самостоятельная ходьба была возможна через $3,2 \pm 1,4$ часа после операции, во ii группе — через $8,6 \pm 2,8$ часа ($p < 0,001$). Средняя длительность госпитализации составила $1,8 \pm 0,6$ суток в і группе и $4,8 \pm 1,4$ суток во ii группе ($p < 0,001$).

Ранние послеоперационные осложнения развились у 18 (10,7%) пациентов і группы и у 32 (22,2%) пациентов ii группы ($p < 0,01$). Структура осложнений представлена в таблице 3. Раневые осложнения (серома, гематома, инфильтрат) достоверно чаще встречались во ii группе: 18 (12,5%) против 8 (4,8%) в і группе ($p < 0,05$).

Отдалённые результаты прослежены в сроки от 12 до 36 месяцев. Рецидив грыжи диагностирован у 4 (2,4%) пациентов і группы и у 5 (3,5%) пациентов ii группы ($p > 0,05$). Хроническая паховая боль, сохраняющаяся более 3 месяцев после операции, отмечена у 5 (3,0%) и 18 (12,5%) пациентов соответственно ($p < 0,01$).

Таблица 3. Ранние послеоперационные осложнения

Осложнение	I группа	II группа	P
Серома	5 (3,0%)	10 (6,9%)	$>0,05$
Гематома	2 (1,2%)	5 (3,5%)	$>0,05$
Инфильтрат раны	1 (0,6%)	3 (2,1%)	$>0,05$
Задержка мочеиспускания	6 (3,6%)	8 (5,6%)	$>0,05$
Орхит	2 (1,2%)	4 (2,8%)	$>0,05$
Парез кишечника	2 (1,2%)	2 (1,4%)	$>0,05$
Всего пациентов	18 (10,7%)	32 (22,2%)	$<0,01$

Таблица 4. Сравнительные результаты лечения

Показатель	I группа	II группа	P
Длительность операции, мин	$48,6 \pm 11,4$	$42,8 \pm 9,6$	$<0,05$
Боль по ваш (1 сутки)	$2,8 \pm 0,9$	$5,4 \pm 1,2$	$<0,001$
Боль по ваш (3 сутки)	$1,2 \pm 0,5$	$3,6 \pm 0,9$	$<0,001$
Активизация, часы	$3,2 \pm 1,4$	$8,6 \pm 2,8$	$<0,001$
Госпитализация, сутки	$1,8 \pm 0,6$	$4,8 \pm 1,4$	$<0,001$
Потребность в наркотиках	8 (4,8%)	42 (29,2%)	$<0,001$
Раневые осложнения	8 (4,8%)	18 (12,5%)	$<0,05$

Таблица 5. Отдалённые результаты (12-36 месяцев)

Показатель	I группа	II группа	P
------------	----------	-----------	---

Рецидив грыжи	4 (2,4%)	5 (3,5%)	>0,05
Хроническая боль	5 (3,0%)	18 (12,5%)	<0,01
Ощущение инородного тела	8 (4,8%)	22 (15,3%)	<0,01
Нарушение чувствительности	4 (2,4%)	14 (9,7%)	<0,01
Полная удовлетворённость	148 (88,1%)	108 (75,0%)	<0,01

Результаты проведённого исследования свидетельствуют о преимуществах эндовидеохирургической герниопластики у пожилых пациентов по ряду ключевых параметров. Существенно меньшая выраженность послеоперационного болевого синдрома при тарр объясняется отсутствием травматизации передней брюшной стенки и расположением сетчатого импланта в преперитонеальном пространстве, где он не контактирует с нервными структурами пахового канала.

Ускоренная реабилитация при лапароскопической герниопластике имеет особое значение для пожилых пациентов. Ранняя активизация снижает риск тромбоэмболических осложнений, гипостатической пневмонии и других осложнений, связанных с длительным постельным режимом. Сокращение сроков госпитализации также уменьшает риск нозокомиальных инфекций и снижает экономические затраты на лечение.

Частота рецидивов при обоих методах герниопластики была сопоставимой и соответствовала современным стандартам качества. Незначительно меньшая частота рецидивов при тарр может объясняться особенностями расположения сетчатого импланта, который покрывает всю миопектинеальную область и предотвращает развитие как прямых, так и косых рецидивных грыж.

Важным преимуществом тарр является достоверно меньшая частота хронической паховой боли. Данное осложнение существенно снижает качество жизни пациентов и нередко требует повторных вмешательств. Меньшая травматичность лапароскопического доступа и отсутствие контакта сетки с нервами пахового канала объясняют данное преимущество.

Ограничением исследования является нерандомизированный характер распределения пациентов по группам. Вместе с тем, сопоставимость групп по основным клинико-демографическим характеристикам позволяет считать полученные результаты достаточно надёжными.

Заключение

Эндовидеохирургическая трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика является эффективным и безопасным методом лечения паховых грыж у пациентов пожилого возраста. По сравнению с открытой герниопластикой по лихтенштейну, метод тарр обеспечивает достоверно меньшую выраженность послеоперационного болевого синдрома, более раннюю активизацию и сокращение сроков госпитализации в 2,5 раза.

Частота рецидивов при лапароскопической и открытой герниопластике сопоставима и не превышает 3,5% при наблюдении до 36 месяцев. Существенным преимуществом тапп является четырёхкратное снижение частоты хронической паховой боли, что имеет важное значение для качества жизни пожилых пациентов.

Полученные данные позволяют рекомендовать эндовидеохирургическую герниопластику в качестве метода выбора при лечении паховых грыж у пациентов старшей возрастной группы при отсутствии противопоказаний к лапароскопическому вмешательству.

Список литературы

1. Simons m.p., smietanski m., bonjer h.j. et al. International guidelines for groin hernia management. *Hernia*. 2018; 22(1): 1-165.
2. Bittner r., arregui m.e., bisgaard t. Et al. Guidelines for laparoscopic (tapp) and endoscopic (tep) treatment of inguinal hernia. *Surg endosc*. 2011; 25(9): 2773-2843.
3. Федоров в.д., емельянов с.и. эндоскопическая хирургия. М.: гэотар-медиа; 2020. 352 с.
4. Егиев в.н. ненатяжная герниопластика. М.: медпрактика-м; 2019. 148 с.
5. Тимошин а.д., юрасов а.в., шестаков а.л. концепция хирургического лечения паховых грыж. *Анналы хирургии*. 2020; 25(4): 246-252.
6. Köckerling f., stechemesser b., hukauf m. Et al. Tep versus tapp: comparison of the perioperative outcome in primary inguinal hernia repair. *Surg endosc*. 2020; 34(3): 1262-1270.
7. Жебровский в.в. хирургия грыж живота. М.: миа; 2018. 384 с.
8. 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.
9. Черноусов а.ф., ветшев ф.п., егоров а.в. герниопластика у пожилых: современные возможности. *Хирургия*. 2021; 3: 78-84.
10. Antoniou s.a., antoniou g.a., bartsch d.k. et al. Transabdominal preperitoneal versus totally extraperitoneal repair of inguinal hernia: a meta-analysis of randomized studies. *Am j surg*. 2013; 206(2): 245-252.