

доштанд. Технологияҳои эндовидеочарроҳӣ дар 50,4% ҳолат ба ёрии муолиҷавӣ табдил дода мешавад, дар 11,5% ҳолат имкон медиҳад, ки чоккунии беасоси қафаси сина ва шикамро пеш гирифт.

Хулоса. Ҳангоми осеби қафаси сина ва шикам технологияҳои эндовидеочарроҳӣ дорони усули ба-

ланди маълумоти ташхис мебошанд, ки интиҳоби тарзи чарроҳии дурусти муносибро имконпазир мегардонанд.

Калимаҳои асосӣ: табобати чарроҳии осеби қафаси сина ва шикам, чароҳати қафаси сина ва шикам, технологияҳои эндовидеочарроҳӣ.

УДК 616-007.43-072-053.9

Ф.И. Махмадов^{1,2}, Р.Б. Султонов²

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

¹Государственное учреждение Медицинский комплекс «Истиклол»

²Кафедра хирургических болезней №1, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино

Махмадов Фарух Исроилович – зам. директора ГУ “Комплекс здоровья Истиклол” по лечебной работе; д.м.н.; +992 900 75 44 90; fmahmadov@mail.ru

Цель исследования. Изучить результаты лапароскопической герниопластики у больных старших возрастных групп.

Материал и методы исследования. В основу работы положен анализ результатов диагностики и лечения 47 больных старших возрастных групп, находившиеся на лечении по поводу паховых грыж. Больных с первичными грыжами было 41 (87,2%), с рецидивом – 6 (12,8%). Среди обследованных больных наиболее часто встречающимися сопутствующими заболеваниями были ишемическая болезнь сердца – 40 (85,1%), гипертоническая болезнь – 35 (74,5%), сахарный диабет – 24 (51,1%) и ожирение – 14 (29,8%).

Результаты. Сравнительный анализ лапароскопической и традиционной герниопластики показал, что по таким критериям, как длительность операции, среднее пребывание больных на койке, послеоперационные осложнения и полной реабилитации, лапароскопические вмешательства имеют значимые преимущества. Немаловажным критерием также является разрез, которое непосредственно влияет на интенсивность болевого синдрома в послеоперационном периоде. Так, ЛПП проводят посредством 3-4 прокола 5,0 мм и 10,0 мм троакарами, а ТПП – разрезами 10 и более см.

Заключение. Пациентам старших возрастных групп с паховыми грыжами лапароскопическая герниопластика при правильном подборе, является методом выбора.

Ключевые слова: лапароскопическая герниопластика, больные старших возрастных групп, трансабдоминальная лапароскопическая герниопластика.

F.I. Makhmadov^{1,2}, R.B. Sultonov²

RESULTS OF LAPAROSCOPIC HERNIOPLASTY IN ELDERLY PATIENTS

¹State institution “Istiklol health complex”

²Department of Surgical Diseases №1 Avicenna Tajik State Medical University

Makhmadov Farukh Isroilovich - deputy director of the state institution “Istiklol Health Complex” for medical work; Ph.D. +992 900 75 44 90; fmahmadov@mail.ru

Aim. To study the results of laparoscopic hernioplasty in elderly patients.

Material and methods. The basis of the work is an analysis of the results of the diagnosis and treatment

of 47 patients of elderly patients who underwent treatment for inguinal hernias. There were 41 patients with primary hernias (87.2%) and 6 (12.8%) patients with relapses. Among the examined patients, the most common concomitant disease was a coronary heart disease 40 (85.1%), hypertension - 35 (74.5%), diabetes - 24 (51.1%) and obesity - 14 (29.8%).

Results. A comparative analysis of laparoscopic and traditional hernioplasty showed that laparoscopic interventions have significant advantages according to such criteria as the duration of the operation, the average bed day, postoperative complications, and complete rehabilitation. An important criterion is also an incision that directly affects the intensity of the pain syndrome in the postoperative period. Laparoscopic hernioplasty is conducted through 3-4 punctures of 5.0 mm and 10.0 mm with trocars, and traditional hernioplasty is performed with incision of 10 or more cm.

Conclusions. For elderly patients with inguinal hernias, laparoscopic hernioplasty, when properly selected is the method of choice.

Keywords: laparoscopic hernioplasty, elderly patients, transabdominal laparoscopic hernioplasty.

Актуальность. В целом, грыжа брюшной стенки встречается у каждого 3-5-го жителя планеты. Ежегодно в мире выполняют более 20 млн. хирургических операций, из которых 10-15% составляют грыжи [1, 4, 6]. В структуре хирургических операций грыжесечение занимает третье место после аппендэктомии и холецистэктомии [2, 7]. Вместе с тем паховые грыжи составляют основную часть среди общего числа грыженосителей. На сегодняшний день основная нерешенная проблема данной патологии - частота рецидива, который при прямых паховых грыжах достигает 10%, а вероятность повторного рецидива при пластике послеоперационных и паховых грыж может составлять 40% [3, 5]. Количество рецидивов при косой паховой грыже колеблется от 5 до 12%, а в случаях значительного разрушения задней стенки пахового канала достигает 25-30% наблюдений [3, 5, 9]. Рецидивы паховых грыж являются актуальной проблемой хирургии и герниологии, так как они представляют большие трудности как в их лечении, так и в профилактике.

Особенно большое количество рецидивов паховых грыж наблюдается у пожилых лиц. По разным данным рецидив через 3 года, и более, после первичной операции лица пожилого и старческого возраста составили 80,5% [3, 8]. По другим данным, на больных 50 лет и старше, рецидивы, приходится 67,6% [6].

Таким образом, можно констатировать, что операцией выбора при паховых грыжах в настоящий момент является ненатяжная герниопластика задней стенки пахового канала с использованием различных сетчатых имплантов, которая может быть выполнена как традиционным, так и лапароскопическим способами.

Цель исследования. Изучить результаты лапароскопической герниопластики у больных старших

возрастных групп.

Материал и методы. На базе кафедры хирургических болезней №1, отделение эндхирургии Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Душанбе за период 2015 по 2018 годы 47 больным старших возрастных групп с диагнозом паховая грыжа произведена лапароскопическая герниопластика. Больных с первичными грыжами было 41 (87,2%), с рецидивом - 6 (12,8%). Возраст больных варьировал от 61 до 74 лет.

Таблица 1

Возрастная структура больных

Методика операции	Возраст, лет		
	61-69 (n=26)	70-74 (n=21)	Всего
ТАЛГсТП	19 (40,4%)	12 (25,5%)	31 (65,9%)
СРГ	7 (14,9%)	9 (19,1%)	16 (34,1%)
Всего	26 (55,3%)	21 (44,7%)	47 (100%)

Примечание: % - от общего числа больных

Во всех случаях у пациентов имелись хронические сопутствующие патологии, сопровождающейся регулярными эпизодами повышения внутрибрюшного давления.

Следовательно, среди обследованных больных наиболее часто встречающимися сопутствующими заболеваниями были ишемическая болезнь сердца - 40 (85,1%), гипертоническая болезнь - 35 (74,5%), сахарный диабет - 24 (51,1%) и ожирение - 14 (29,8%). Необходимо отметить, что часто встречалось сочетание различных сопутствующих заболеваний, что существенно повышали риск предстоящего оперативного вмешательства. Вместе с тем пациенты, у которых имелись такие сопутствующие патологии, как нестабильная

Таблица 2

Частота сопутствующих заболеваний среди обследованных больных

Сопутствующие заболевания	Обследованные пациенты по группам		
	ТАЛГсТП (n=31)	СРГ (n=16)	Всего (%)
ИБС	27 (87,1%)	13 (81,2%)	40 (85,1%)
Гипертоническая болезнь	24 (77,4%)	11 (68,7%)	35 (74,5%)
Сахарный диабет	17 (54,8%)	7 (43,7%)	24 (51,1%)
Перенесенный инфаркт миокарда	2 (6,4%)	1 (6,2%)	3 (6,4%)
Ожирение	9 (29,0%)	5 (31,2%)	14 (29,8%)
Пневмосклероз	2 (6,4%)	1 (6,2%)	3 (6,4%)
Старческая энцефалопатия	1 (3,2%)	2 (12,5%)	3 (6,4%)

Примечание: % - от общего числа больных

стенокардия, свежий инфаркт миокарда (до 3 месяцев), легочно-сердечная недостаточность 2-3 стадии, гипертоническая болезнь 3 стадии и не поддающийся коррекции сахарный диабет были исключены из группы исследования.

Для определения типа паховых грыж мы использовали классификацию, предложенную L.M. Nyhus (1993). Большая часть пациентов старших возрастных групп имели прямые паховые грыжи, преимущественно II-III типов. Анализ этих данных показывает, что имеется рост числа больных с рецидивными паховыми грыжами с увеличением их возраста.

Учитывая особенности возрастных изменений нами, были изучены различные макроскопические отклонения форм и размеров пахового канала, что наряду с возрастом пациентов, зависели и от

длительности существования, а также величины грыжевого выпячивания (Рис.1).

Анализ макроскопического состояния паховой связки у пациентов старших возрастных групп (рис. 1) показывает, что группа больных, которым произведены СРГ (стандартная раздельная герниопластика), плотная паховая связка отмечено у 12,5% (n=2), слабая – 31,2% (n=5), а дряблая – у 56,2% (n=9), когда эти показатели у больных с ТАЛГсТП (трансабдоминальная лапароскопическая герниопластика с тотальным протезированием) выглядело следующим образом: плотная паховая связка – у 22,6% (n=7), слабая – у 38,7% (n=12) и дряблая – у 38,7% (n=12) соответственно. Следует отметить, что местные изменения соединительной ткани паховой области имели прямую корреляционную зависимость от размера грыж.

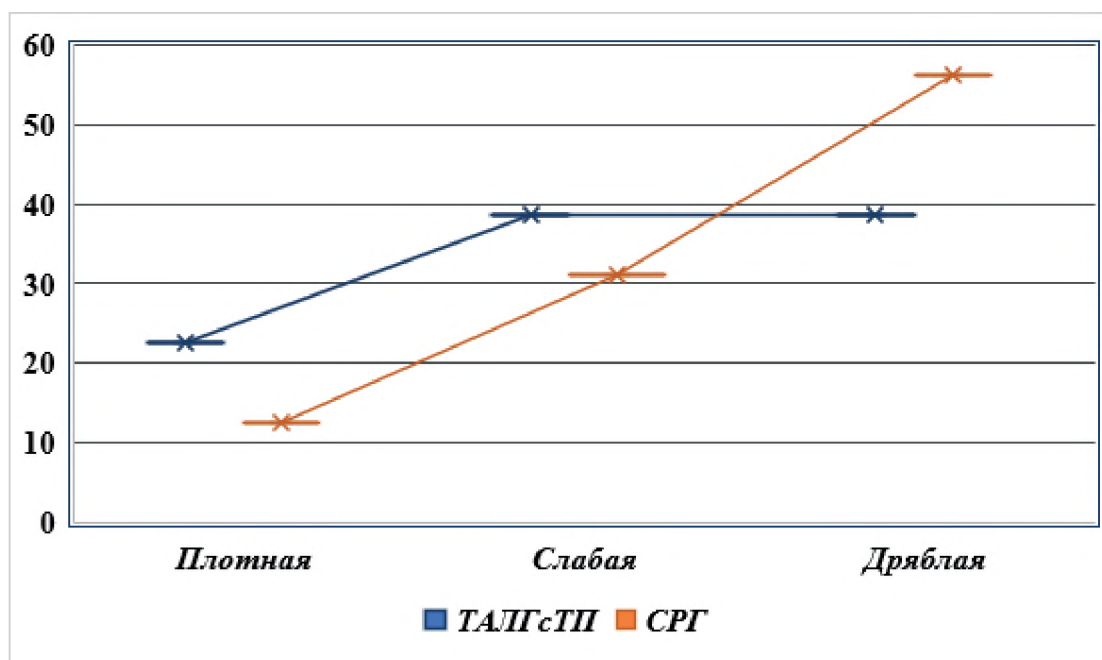


Рис. 1. Макроскопическое состояние паховой связки у пациентов старших возрастных групп

Следовательно, во время операции лапароскопически установлены различные по характеру изменения задней стенки, в частности расширения глубокого пахового кольца, начиная от 2 см до полного разрушения задней стенки, что лишний раз подтверждает целесообразность укрепления задней стенки пахового канала.

При герниопластике использовали полипропиленовый сетчатый имплантат фирмы «Eticon» (США), которые фиксировали к тканям пахового канала нитью пролен 3.0 («Eticon» (США). Критериями оценки эффективности считали: техническую сложность операции, её длительность, осложнения, косметический результат операции и сроки реабилитации больных.

Результаты исследования и их обсуждение. С учетом возраста и наличие сопутствующих патологий в обязательном порядке всем пациентам проведены профилактика тромбозов и тромбоэмболий.

Мы солидарны с мнениями многих авторов [1,2], что наряду с выбором адекватного способа пластики пахового канала, при первичных операциях по поводу паховых грыж, важнейшими мерами профилактики рецидивов паховых грыж являются отсутствие натяжения и сшивание одно-

родных тканей.

Пациенты старших возрастных групп требуют проведение дифференцированного подхода к выбору методики лапароскопической герниопластики, то есть 31 (65,9%) пациентам с высоким риском, произведено лапароскопическая предбрюшинная герниопластика, с тотальным протезированием надпузырной паховой области, а при отсутствии высокого риска в 16 (34,1%) случаях – стандартная раздельная герниопластика. В 6 (12,8%) наблюдениях, пациенты госпитализированы с ущемленными паховыми грыжами. У всех больных срок ущемления не превышал 8 часов, и при выполнении диагностической лапароскопии, признаков некроза ущемленного органа не отмечено. Учитывая изложенное, этим пациентам ставили показания к трансперитонеальной лапароскопической герниопластики.

Для анализа эффективности лапароскопической герниопластики в качестве сравнения были взяты рандомизированная группа пациентов старших возрастных групп, которые оперированы традиционными методами, в нашей клинике. В качестве сравнения учтены такие критерии, как длительность операции, продолжительность пребывания больного на койке, количество послеоперационных осложнений.

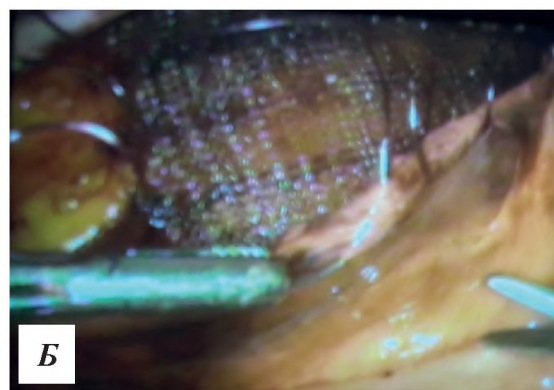
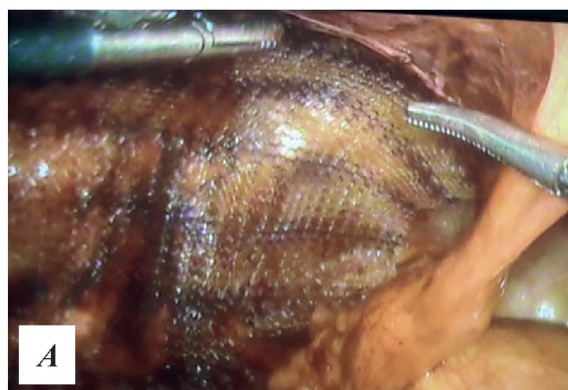


Рис. 2. Эндофото. Этапы трансперитонеальной лапароскопической герниопластики.
А - помещение сетки на париетализированной брюшины паховой области; Б – фиксация сетки;
В – ушивание дефекта париетальной брюшины непрерывными швами.

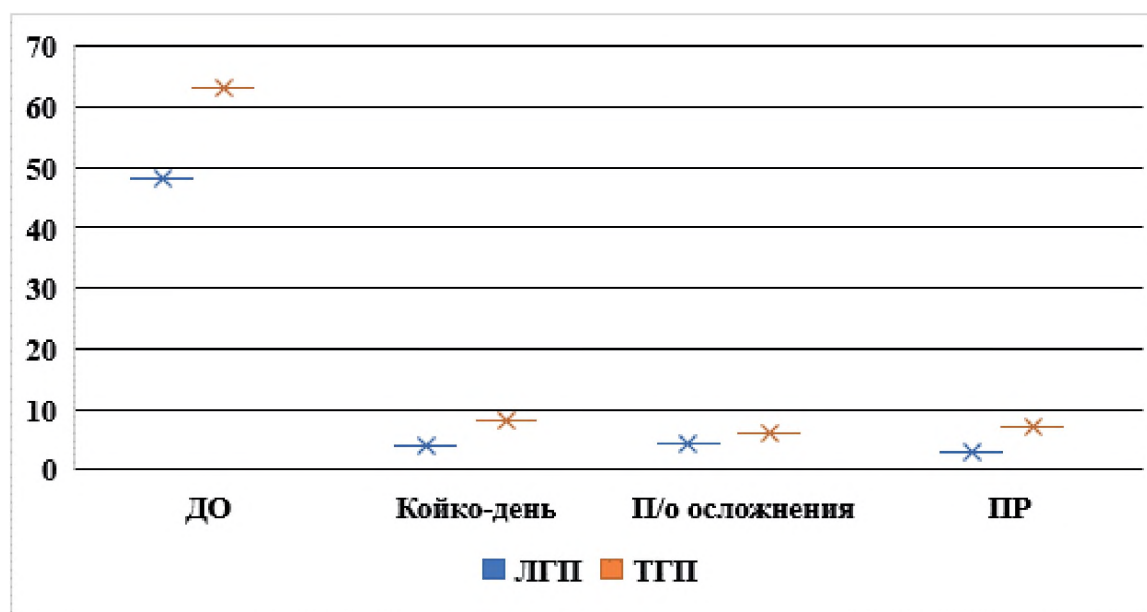


Рис. 3. Сравнительные критерии эффективности лапароскопической герниопластики у больных старших возрастных групп.

Примечание: ДО – длительность операции; ПР – полная реабилитация; ЛГП – лапароскопическая герниопластика; ТГП – традиционная герниопластика.

перационных осложнений и полная реабилитация пациентов (рис. 3).

Длительность операции при ЛГП в среднем составило $48,3 \pm 12,8$ мин., а при ТГП – $53,1 \pm 18,6$ мин. Средний койко-день у пациентов, оперированных лапароскопически, составил $3,5 \pm 0,5$. При этом пациентам было рекомендовано в течение 24-36 часов после операции соблюдать постельный режим. Этот показатель у пациентов, перенесенных ТГП, составил $7,5 \pm 0,5$ с соблюдением постельного режима составило в среднем 48 часов. Послеоперационные осложнения у больных с ЛГП и ТГП составили 4,2% и 6,1% соответственно. Закономерно полная реабилитация больных старшего возраста, оперированных лапароскопически была меньше (3-4 недели), по сравнению с больными ТГП (7-8 недель). Немаловажным критерием также является разрез, которое непосредственно влияет на интенсивность болевого синдрома в послеоперационном периоде. Так, ЛГП проводят посредством 3-4 прокола 5,0 мм и 10,0 мм троакарами, а ТГП – разрезами 10 и более см.

Заключение. Пациентам старших возрастных групп с паховыми грыжами наиболее предпочтительна лапароскопическая герниопластика. При наличии факторов высокого риска рецидива и формирования надпузырных грыж необходимо выполнять тотальное протезирование надпузырной области единым сетчатым эндопротезом.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 6-9 см. REFERENCES)

1. Бондарев Г.А. Анализ рецидивов грыж передней брюшной стенки после хирургического лечения / Г.А. Бондарев, С.В. Логачев, А.В. Мосолова // Альманах Института хирургии им. А. В. Вишневского. - 2017. - №1. - С. 318-320.
2. Виноградов А.А. Предбрюшинная пластика сетчатым полипропиленовым протезом при паховых и бедренных грыжах / А.А. Виноградов // Вестник Бурятского государственного университета. - 2010. - №12. - С.202-205.
3. Курбонов К.М. Некоторые аспекты патогенеза вентральных грыж / К.М. Курбонов, Х.З. Факиров, К.Р. Назирбоев // Вестник Авиценны. - 2017. - Т.19. № 2. - С. 198-202.
4. Островский В.К. Роль возрастного фактора при паховых грыжах / В.К. Островский, И.Е. Филимончев // Ульяновский медико-биологический журнал. - 2011. - №4. - С. 44-48.
5. Топурия Г. Сравнительный анализ оперативного лечения рецидивной паховой грыжи: использование лапароскопической герниопластики и методики Лихтенштейна / Г. Топурия, Э.Э. Топузов, М.А. Абдулаев, А.М. Авдеев // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. - 2016. - Т.8 №3. - С. 36-41.

REFERENCES

1. Bondarev G. A. Analiz retsidivov gryzh peredney

bryushnoy stenki posle khirurgicheskogo lecheniya [Analysis of hernia recurrence of the anterior abdominal wall after surgical treatment]. Bondarev G. A., Bondarev G. A., Logachev S. V., Mosolova A. V. *Almanakh Instituta khirurgii im. A. V. Vishnevskogo - Almanac Of the Vishnevsky Institute of surgery*, 2017, No. 1, pp. 318-320.

2. Vinogradov A. A. Predbryushinnaya plastika setchatym polipropilenovym protezom pri pakhovoykh i bedrennykh gryzhakh [Preperitoneal plastic mesh polypropylene prosthesis for inguinal and femoral hernias]. *Vestnik Buryatskogo gosudarstvennogo universiteta – Herald of the Buryat state University*, 2010, No. 12, pp. 202-205.

3. Kurbonov K. M., Fakirov Kh. Z., Nazirboev K. R. Nekotorye aspekty patogeneza ventralnykh gryzh [Some aspects of the pathogenesis of ventral hernias]. *Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna*, 2017, Vol. 19, No. 2, pp. 198-202.

4. Ostrovskiy V. K., Filimonchev I. E. Rol vozrastnogo faktora pri pakhovoykh gryzhakh [The role of the age factor in inguinal hernias]. *Ulyanovskiy mediko-biologicheskii zhurnal - Ulyanovsk medical and biological journal*, 2011, No. 4, pp. 44-48.

5. Topuriya G., Topuzov E. E., Abdulaev M. A., Avdeev A. M. Sravnitelnyy analiz operativnogo lecheniya retsidivnoy pakhovoy gryzhi: ispolzovanie laparoskopicheskoy gemioplastiki i metodiki Likhtenshteyna [Comparative analysis of surgical treatment of recurrent inguinal hernia: the use of laparoscopic hernioplasty and Liechtenstein's technique]. *Vestnik Severo-Zapadnogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta im. I.I. Mechnikova – Herald of the North-Western state medical University named after I. I. Mechnikov*, 2016, Vol. 8, No. 3, pp. 36-41.

6. Bouras G. Linked hospital and primary care database analysis of the impact of short-term complications on recurrence in laparoscopic inguinal hernia. *Hernia*, 2017, pp. 1-8.

7. Ginelliová A. Unexpected fatal outcome of laparoscopic inguinal hernia repair. *Forensic science, medicine, and pathology*, 2016, Vol. 12, No. 2, pp. 178-180.

8. Olsson A. Impact of postoperative complications on the risk for chronic groin pain after open inguinal hernia repair. *Surgery*, 2016, No. 1, pp. 2-29.

9. Steven M. Simple Purse String Laparoscopic Versus Open Hernia Repair. *Journal of Laparoendoscopic and Advanced Surgical Techniques*, 2016, Vol. 26, No. 2, pp. 144-147.

ХУЛОСА

Ф.И. Махмадов, Р.Б. Султонов

НАТИҶАҶОИ ГЕРНИОПЛАСТИКАИ ЛАПАРОСКОПӢ ДАР БЕМОРОНИ ГУРӢҲИ ПИРОНСОЛ

Мақсади тадқиқот. Омӯштани натиҷаҳои гер-

ниопластикаи лапароскопӣ дар беморони гурӯҳи пиронсолон.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Тадқиқот дар асоси таҳлили натиҷаҳои таҳхис ва табobati 47 бемори пиронсол, ки бо таҳхиси чурраи қадкашак бистарӣ гаштаанд, гузаронида шудааст.

Аз он ҷумла 41 (87,2%) бемор бо чурраи аввалиндараҷа ва 6 (12,8%) бемор бо чурраи тақрорӣ буданд. Дар байни беморони таҳқиқшуда, бемориҳои маъмултарини ҳамрав, ин бемориҳои ишемикии дил – 40 (85,1%), бемориҳои фишорбаландӣ – 35 (74,5%), диабетии қанд – 24 (51,1%) ва зиёдазӣ – дар 14 (29,8%) ҳолат ба қайд гирифта шуданд. Таҳлили ҳолати макроскопии бандаки қадкашак дар беморони пиронсол нишон дод, ки дар бемороне, ки герниопластикаи алоҳидаи муқаррарӣ гузаронида шудаанд, бандаки қадкашак мустаҳкам дар 12,5% (n=2), заиф – 31,2% (n=5), ва беадор – дар 56,2% (n=9), мавриде ки ин нишондодҳо дар бемороне, ки амалиёти герниопластикаи лапароскопии трансабдоминалӣ гузаронида шудаанд, мутаносибан ҷунин ба назар мерасиданд: бандаки қадкашак мустаҳкам – дар 22,6% (n=7), заиф – дар 38,7% (n=12) и беадор – дар 38,7% (n=12).

Натиҷаҳо. Ба беморони дорои ҳатари баланд (n=31), амалиёти герниопластикаи лапароскопии трансабдоминалӣ бо протезкунонии тоталии мавзеи болои пешбодии қадкашак ва мавриди мавҷуд набудани ҳатари баланд дар 16 (34,1%) ҳолат – герниопластикаи ҷудогонаи муқаррарӣ гузаронида шуд. Таҳлили муқоисавии герниопластикаи лапароскопӣ ва қушода нишон дод, ки бо аломатҳои ба монанди, муддати вақти ҷарроҳӣ, мӯҳлати бистарӣ, оризаҳои баъди ҷарроҳӣ ва пурра барқароршавии беморон, герниопластикаи лапароскопӣ манфиати назаррас дорад. Яке аз аломатҳои муҳими дигар, ин дастрасии чурра мебошад, ки бевосита ба шиддатнокии синдроми дард пас аз амалиёт таъсир мерасонад. Инак, мавриди герниопластикаи лапароскопӣ тавасути 3-4 суроҳии 5,0 мм ва 10,0 мм бо троакар, мавриди герниопластикаи муқаррарӣ бошад – буриши андозааш 10 см ва зиёд гузаронида мешавад.

Хулоса. Дар беморони гурӯҳи пиронсол, бо чурраи қадкашак, герниопластикаи лапароскопӣ, мавриди асоснок ҷудо намудани амалиёт, интиҳоби дуруст мебошад.

Калимаҳои калидӣ: герниопластикаи лапароскопӣ, беморони гурӯҳи пиронсол, герниопластикаи лапароскопии трансабдоминалӣ.