

АСПЕКТЫ ХИРУРГИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА



Хамроев Гулом Абдуганиевич, Рахманов Косим Эрданович, Курбаниязов Бобожон Зафаржонович Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

КЕКСА ВА ҚАРИ БЕМОРЛАРДА ЧОВ ЧУРРАСИНИНГ ЖАРРОҲЛИК АСПЕКТЛАРИ

Хамроев Гулом Абдуганиевич, Рахманов Қосим Эрданович, Курбаниязов Бобожон Зафаржонович Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

ASPECTS OF INGUINAL HERNIA SURGERY IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

Khamroev Gulom Abduganievich, Rakhmanov Kosim Erdanovich, Kurbaniyazov Bobojon Zafarjonovich Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Келтирилган адабиётлар шарҳининг таҳлили шуни кўрсатадики, кекса ёшдаги беморларда чов чуррани жарроҳлик ёўли билан даволаш тактикаси ўзига хос клиник кўринишига, чурра билан оғриган беморнинг аҳволининг оғирлигига, аъзоларнинг функционал ҳолатига, касалликнинг давомийлигига, шунингдек, оғир соматик патологиялар борлигига қараб белгиланади. Касалликнинг етарлича учраши, дифференциал таъхислашнинг мураккаблиги, беморнинг ҳаётига хавф тугдирадиган асоратларнинг ривожланиши, шунингдек, ягона тактик ёндашувнинг бўлмаганлиги ушбу муаммонинг ҳал этилмаганлигидан ва долзарблигидан далолат беради.

Калит сўзлар: чов чурраси, катта ёшдаги гуруҳ, жарроҳлик даволаш.

Abstract. Analysis of the literature review indicates that the tactics of surgical treatment of inguinal hernias in elderly patients is determined by the unique clinical picture, the severity of the hernia patient's condition, the functional state of the organs, the duration of the disease, as well as severe somatic pathologies. The sufficient frequency of the disease, the difficulty of differential diagnosis, the development of life-threatening complications for the patient, as well as the unresolved unified tactical approach, hint at the unresolved and urgent nature of this problem.

Key words: inguinal hernia, older age group, surgical treatment.

Среди всех видов грыж передней брюшной стенки наиболее часто встречаются паховые грыжи, которые, по некоторым данным [1,21], наблюдаются у 2-3% населения. При этом 15-20% из них являются экстренными, т.е. поступают с ущемлением грыж, что увеличивает показатель летальности до 9,5%-10,0%. Как ни парадоксально, более 40-45% пациентов с грыжами передней брюшной стенки (ПБС) подвергаются хирургическому лечению в общехирургических стационарах. Необходимо подчеркнуть, что среди взрослого населения частота встречаемости паховых грыж составляет 70% случаев от общего числа наружных грыж живота, у детей - 95% наблюдений. Статистика в разных регионах разноречивая, и наверняка, по данным разных источников, она зависит от множества факторов, влияющих на частоту этой патологии. Однако, в среднем на 10 тысяч взрослого населения в возрасте от 25 до 34 лет приходится 14 пациентов с данной патологией, а среди лиц в возрасте от 55 до 64 лет этот показатель составляет 53 случая на 10 тысяч населения. Стоит отметить, что чаще всего паховые

грыжи встречаются среди лиц в возрасте 10-20 лет, а также к возрастному периоду в 41-60 лет [4,8].

Пластика ПГ остается разделенной проблемой среди хирургов общей практики без существенной разницы в качестве пластики между открытым и лапароскопическим доступом [2]. Открытая герниопластика включает один паховый разрез, обычно на 10 см в длину, и метод герниорафии без натяжения «затычки и заплатки» [5]. Лапароскопический доступ может быть трансабдоминальным (ТАР) или экстраперитонеальным (ТЭП). Подход ТЭП, наиболее распространенный из двух, использует три лапароскопических разреза в нижней средней линии живота и помещает кусок сетки в дефект, не проникая в брюшную полость. Преимущества лапароскопического подхода включают уменьшение послеоперационной боли, снижение риска хронической боли и более быстрое возвращение к работе и повседневной активности [12]. Однако первоначальный энтузиазм по поводу лапароскопического доступа сменился более разумным использованием этого ме-

года, который, как было показано, предпочтительнее при рецидивирующих и двусторонних паховых грыжах. Эта тенденция частично является результатом нескольких факторов, включая повышенную стоимость и относительно долгую кривую обучения [3].

Однако эффективность открытых и лапароскопических методов герниопластики зависит от опыта хирурга. К примеру, частота рецидивов грыжи после наложения швов Шоулдайса, составляет около 10% [26,70,116,154,205], а наоборот, размещение сетки Лихтенштейна, для пластики «без натяжения» -снижает этот риск примерно до 1%. Для сравнения, частота рецидивов аналогична при лапароскопической пластике и пластике открытой сеткой. Однако частота рецидивов выше в лапароскопических случаях, если их выполняет менее опытный хирург [6, 20].

С каждым днем в ведущих клиниках мира возрастает частота использования способов ненапряжной пластики путем применения сетчатых имплантатов [14, 15]. Большое значение при этом имеет не только выполнение герниопластики с использованием сетки, но и восстановление анатомического строения передней брюшной стенки [7]. Y. Vigneswaran и соавт. (2015) [16] из исследованных 471 пациентов, 285 (60,5%) пациентов были лицами пожилого возраста, в том числе 155 пациентов были в возрасте 65-80 лет и 31 пациент был старше 80 лет. Из этих пациентов процент, которым была выполнена лапароскопическая пластика, составлял 86% для лиц пожилого возраста, 79% для пожилых людей и 41,9% для когорт восьмидесятилетнего возраста. После лапароскопической пластики у старших когорт был более высокий уровень незначительных послеоперационных осложнений, чем у не пожилых (38% и 58% против 15%), что объясняется более высокими показателями серомы и задержки мочи. Интраоперационные осложнения и частота рецидивов не различались между когортами; однако когорта восьмидесятилетнего возраста была более подвержена повторной госпитализации по сравнению с когортами лиц пожилого и старшего возраста (17% против 2% и 2% соответственно) и имела большую продолжительность пребывания. При лапароскопических операциях во всех когортах шкала комфорта Каролины со временем улучшилась. Лапароскопическая коррекция у восьмидесятилетних пациентов, но не у пожилых, имела лучшие результаты с течением времени (8,1 и 1,0 и баллы меньше / лучше, соответственно), чем в когорте других пациентов.

Kai B Dallas и соавт. (2013) [19] был проведен ретроспективный обзор истории болезни с проспективным наблюдением 115 пациентов старше 80 лет, перенесших открытую или лапароскопическую пластику паховой грыжи. Оценка

результатов включала оценку послеоперационной боли, время восстановления, хроническую боль, инфекцию раны, задержку мочи, инфекцию мочевыводящих путей, гематому и рецидив. Удовлетворенность пациентов оценивалась по шкале Лайкерта. Следует отметить, что из 115 операций - 31 (26,9%) был выполнен лапароскопически, а 84 (73,1%) - открытым. Средний возраст пациентов составлял 83,3 года (диапазон 80-95 лет).

По мнению других ученых [11], для пластики ПК у пациентов старшего и пожилого возраста с большими ПГ, целесообразнее применять комбинированные методы герниопластики. Это обусловлено тем, что у пациентов с паховыми грыжами использование комбинированного метода герниопластики, при котором не происходит уменьшение объема брюшной полости, благоприятно отражается на состоянии гемодинамики в венозных сосудах, в которых возрастает линейная скорость кровотока, и уменьшается риск тромбообразования [19].

K. Bowling и соавт. (2017) [18] на основании точки зрения 1167 выписанных пациентов, оперированных в период с января 2009 года по август 2016 года, сравнивали результаты открытой и лапароскопической герниопластики у больных старше 65 лет и младше 65 лет. Под лапароскопической герниопластики, авторы имели ввиду TEP операции. В результате лишь пятеро пациентов (4,42%) сообщили об умеренной боли, что в группе TEP > 65 этот показатель был значительно ниже (10,2% открытых IHR <65; 6,7% TEP <65; 12,8% открытых IHR > 65). На основании проведенных исследований на большом клиническом материале, авторы установили, что в целом пациенты старше 65 лет могут ожидать такого же высокого уровня удовлетворенности и низкого уровня боли при использовании любого метода пластики паховой грыжи, что и более молодые пациенты. Среди пациентов в возрасте до 65 лет при распространенности 3,28% общее число послеоперационных осложнений при расчете на 1000 больных составляет 28 случаев, а в группе пациентов старше 65 лет данный показатель составляет 38 случаев. О преобладании частоты развития послеоперационных грыж у больных старше 65 лет упоминается в Шведском регистре грыж, Датском регистре грыж и Национальной программе повышения качества хирургии Американского колледжа хирургов.

Таким образом, увеличение частоты периоперационных осложнений и повторных операций, связанных с лапароскопической / эндоскопической хирургией паховой грыжи, зависит не только от возраста, но и от других факторов. Также можно продемонстрировать, что, только начиная с возраста 80 лет можно выявить значительный рост частоты послеоперационных осложнений.

Таким образом, возраст > 65 лет изолированно не является фактором риска для проведения лапароскопической / эндоскопической пластики паховой грыжи.

Общеизвестно, что частота возникновения ПГ выше у пожилых людей старше 65 лет, и у них также имеются сопутствующие соматические патологии, которые повышают риск хирургического вмешательства, но даже несмотря на то, что заболеваемость у пожилых, как сообщается, в три раза выше, чем у более молодых пациентов, возраст или сопутствующие заболевания не должны быть препятствием для герниопластики.

Наиболее сложную проблему создают рецидивы ПГ, которые закономерно будут сопровождать в определенном количестве. Коррекционные мероприятия отличаются тем, что приходится сталкиваться с некоторыми трудностями при проведении пластики, обусловленными анатомическими изменениями и недостаточностью собственных тканей. На сегодняшний день, к сожалению, в литературе приводятся единичные сообщения, ориентированные на данную проблему. Рецидивные грыжи встречаются почти в 10% случаев от общего числа паховых грыж, при этом около 20 000 больных в год подвергаются повторным хирургическим вмешательствам из-за развития паховой грыжи [13,22]. Большинство авторов отмечают, что повторное развитие прямой паховой грыжи может наблюдаться у 18-24% больных, а среди пациентов с большими грыжами данный показатель составляет 18-25% случаев, у больных со скользящими грыжами частота рецидивов возрастает до 43%. Повторное развитие грыжи после проведения герниопластики передней стенки пахового канала наблюдается в 7,1-22,2% случаев, при проведении герниопластики задней стенки с использованием метода Бассини рецидивы грыжи наблюдаются в 3,4-26,7% случаев, а при использовании методов пластики по Кукуджанову и Постемпски частота рецидивов заболевания составляет 1,8-8,9% случаев. При проведении натяжных методов пластики с использованием локальных тканей рецидивы грыжи наблюдаются почти в 50% случаев, а при проведении ненатяжных методов пластики с использованием аллопластических материалов повторное развитие паховой грыжи встречается реже и составляет около 10% случаев.

По данным В.К. Гостищева с соавт. (2012) [10], вероятность рецидива грыж большого размера у пациентов старших возрастных групп продолжает оставаться высокой, при этом в случае развития гнойных осложнений со стороны послеоперационной раны риск рецидива грыжи возрастает до 35,7%, а при использовании аллопластических материалов этот показатель составляет в среднем 29,7% случаев. По некоторым данным,

риск развития рецидива грыжи при наличии расстройств со стороны ФВД и проявлений СДСТ составляет 12,6% случаев, а при развитии пневмонии в послеоперационном периоде риск развития заболевания составляет 9,4%.

В Шведском регистре грыж отмечено значительное и существенное увеличение риска послеоперационных осложнений при лапароскопических и открытых предбрюшинных процедурах у пожилых пациентов (возраст > 65 лет) [17]. В Датском регистре грыж осложнения после герниопластики паховой грыжи чаще встречались у пациентов старше 65 лет (4,5%) по сравнению с пациентами более молодого возраста (2,7%).

В Национальной программе улучшения качества хирургии (NSQIP) Американского колледжа хирургов риск возникновения периоперационных осложнений у пациентов старше 65 лет выражен со значительно более высоким отношением шансов 1,418 [1,206-1,666].

В своих исследованиях Ю.В. Пономарева (2018) [9] у больных с рецидивными ПГ в зависимости от подгруппы применяла различные способы аутопластики, а также ненатяжные и комбинированные способы пластики, направленные на укрепление задней стенки ПК по разработанной автором методике.

Анализ приведенного литературного обзора свидетельствует, что тактика хирургического лечения ПГ у пациентов СВГ, обусловлена своеобразной клиникой, тяжестью состояния грыженосителя, функциональным состоянием органов, давности заболевания, а также тяжелых соматических патологий.

Достаточная частота заболевания, трудность дифференциальной диагностики, развитие опасных для жизни пациента осложнений, а также нерешенности единого тактического подхода, намекают о нерешенности и актуальности данной проблемы.

Литература:

1. Алиев, Р.А. Исследование объема брюшной полости у больных с вентральными грыжами до и после герниопластики [Текст] / Р.А. Алиев, Г.Д. Одишелашвили // Вестник герниологии. – 2015. – Вып. 7. – С. 112-115.
2. Власов, А.В. Проблема раневых осложнений при эндопротезировании брюшной стенки по поводу вентральных грыж [Текст] / А.В. Власов, М.В. Кукош // Современные технологии в медицине. – 2013. – №5(2). – С.116-124.
3. Влияние экзогенных эмбриональных фибробластов на соотношение коллагена I и III типов в тканях парапротезной капсулы у мышей [Текст] / И.С. Иванов [и др.] // Цитология. – 2012. – Т. 54, №10. – С. 783-789.
4. Володькин, В.В. Паховые грыжи, причины возникновения, современные способы лечения,

- профилактика рецидивов [Текст] / В.В. Володькин, Н.Г. Харкевич // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2013. – Т. 12. – № 4. – С. 51-58.
5. Восстановление функций мышц живота после реконструктивной герниопластики [Текст] / Р.И. Райляну [и др.] // Материалы X конференции «Актуальные вопросы герниологии». – М., 2013. – С. 130-132.
6. Герниология: практическое руководство [Текст] / С.А. Колесников [и др.]: под общ. ред. С.А. Колесникова. – Белгород: Белгородская областная типография, 2014. – 276 с.
7. Мохов, Е.М. Применение биологически активного (антимикробного) шовного материала при хирургическом лечении грыж передней брюшной стенки [Текст] / Е.М. Мохов, Н.Г. Евтушенко, А.Н. Сергеев // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2012. – №5(4). – С. 648-654.
8. Островский, В.К. Рецидивные паховые грыжи [Текст] / В.К. Островский, И.Е. Филимончев // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2013. – №3. – С. 110-112.
9. Пономарева Ю.В. Оперативное лечение вентральных грыж с позиции морфологии регенеративных процессов / Ю.В. Пономарева. – дисс. докт. мед. наук. – Москва, 2018. – 320 с.
10. Тактика периоперационного ведения пациентов пожилого и старческого возраста с послеоперационными вентральными грыжами / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев, Р.А. Головин [и др.] // Материалы VII конф. общих хирургов. – Красноярск, 2012. – С. 292-295.
11. Функционально ориентированное модульное лечение срединных грыж передней брюшной стенки [Текст] / Е.Н. Любых [и др.] // Материалы X конференции «Актуальные вопросы герниологии». – М., 2013. – С. 94-95.
12. Черных, А.В. К вопросу о профилактике травматизации межреберных нервов при задней сепарационной герниопластике пупочных грыж [Текст] / А.В. Черных, Е.И. Закурдаев, М.П. Закурдаева // Новости хирургии. – 2016. – Т.24, №3. – С.234-239.
13. A defect of the abdominal wall with intestinal fistulas after the repair of incisional hernia using Composix Kugel Patch [Text] / Tomohiro Kunishige [et al.] // International Journal of Surgery Case Reports. – 2013. – Vol. 4. – P. 793–797.
14. Bagul, Abhijit Guruprasad. Mesh Migration Causing Strangulated Intestinal Obstruction After Umbilical Hernia Repair [Text] / Abhijit Guruprasad Bagul, Mahendra Bendre // JMSCR. – 2015. – Vol.3, Issue 1. – P. 3986-3989.
15. Design and initial implementation of HerQLes: a hernia-related quality-of-life survey to assess abdominal wall function [Text] / D.M. Krpata [et al.] // Journal of the American College of Surgeons. – 2012. – Vol. 215, № 5. – P. 635-642.
16. Elderly and octogenarian cohort: comparable outcomes with nonelderly cohort after open or laparoscopic inguinal hernia repairs [Text] / Y. Vigneswaran [et al.] // Surgery. – 2015. - Vol.158 (4). – P. 1137-1143.
17. Gillion, J.F. Abdominal wall incisional hernias: Infected prosthesis: treatment and prevention [Text] / J.F. Gillion, J.P. Palot // Journal of Visceral Surgery. – 2012. – Vol. 149. – P. 20–31.
18. Laparoscopic and open inguinal hernia repair: Patient reported outcomes in the elderly from a single centre - A prospective cohort study [Text] / K. Bowling [et al.] // Annals of medicine and Surgery. – 2017. - Vol. 22. – P. 12-15.
19. Laparoscopic versus open inguinal hernia repair in octogenarians: A follow-up study [Text] / K.B. Dallas [et al.] // Geriatr. Gerontol. Int. – 2013. - Vol.13. - P. 329-333. 10.1111/j.1447-0594.2012.00902.
20. Oxidized mitochondrial DNA activates the NLRP3 inflammasome during apoptosis [Text] / K. Shimada [et al.] // Immunity. – 2012. – Vol.36, № 3. – P. 401–414.
21. Reoperation versus clinical recurrence rate after ventral hernia repair [Text] / F. Helgstrand [et al.] // Annals of Surgery. – 2012. – Vol. 256, № 6. – P. 955-958.
22. Sajid, M.S. A meta-analysis comparing tacker mesh fixation with suture mesh fixation in laparoscopic incisional and ventral hernia repair [Text] / M.S. Sajid, U. Parampalli, M.R. McFall // Hernia. – 2013. – Vol. 17, № 2. – P.159-166.

АСПЕКТЫ ХИРУРГИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Хамроев Г.А., Рахманов К.Э., Курбаниязов Б.З.

***Резюме.** Анализ приведенного литературного обзора свидетельствует, что тактика хирургического лечения паховых грыж у пациентов старших возрастных групп, обусловлена своеобразной клиникой, тяжестью состояния грыженосителя, функциональным состоянием органов, давности заболевания, а также тяжелых соматических патологий. Достаточная частота заболевания, трудность дифференциальной диагностики, развитие опасных для жизни пациента осложнений, а также нерешенности единого тактического подхода, свидетельствуют о актуальности данной проблемы.*

***Ключевые слова.** Паховая грыжа, старшая возрастная группа, хирургическое лечение.*