

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ УЩЕМЛЁННЫХ ГРЫЖАХ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Алишер Сафарбоевич Умаров^{1,2,3}

¹ Булунгурское районное медицинское объединение, Самаркандская область, Республика Узбекистан.

² Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, Бухара, Республика Узбекистан.

³ Каракалпакский государственный медицинский институт. г. Нукус, Республика Каракалпакстан.

Резюме. Проанализированы результаты лечения 94 больных в возрасте 60 лет и старше из 183 оперированных по поводу ущемлённых грыж передней брюшной стенки: 40 больных группы сравнения (2020–2022 гг., традиционная тактика) и 54 больных основной группы (2023–2026 гг., дифференцированная тактика с приоритетом лапароскопии). В основной группе доля вмешательств с лапароскопическим этапом у больных старшего возраста возросла с 35,0% до 81,5% ($p < 0,001$). Частота осложнений снизилась с 12,5% до 7,4%, потребность в лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) – с 55,0% до 40,7%, сроки активизации – с 18,3 до 10,1 часа, койко-день – с 7,1 до 5,2 суток. Возраст 60 лет и старше при отсутствии противопоказаний к пневмоперитонеуму не является препятствием к лапароскопическому вмешательству.

Ключевые слова: ущемлённая грыжа; передняя брюшная стенка; пожилой возраст; старческий возраст; лапароскопия; физический статус ASA; послеоперационные осложнения.

Актуальность. Ущемление грыжи у больных пожилого и старческого возраста сопровождается наибольшим риском неблагоприятного исхода: по данным регистра Herniamed, возраст 66 лет и старше относится к факторам, достоверно ухудшающим периоперационные результаты экстренной герниопластики [1], а в национальном регистровом когортном исследовании летальность и частота повторных госпитализаций определялись возрастом, сопутствующей патологией и необходимостью резекции кишки [2]. В систематическом обзоре экстренных операций у больных 60 лет и старше частота осложнений достигала 21,2–28,9%, а их предикторами являлись кардиореспираторные заболевания и высокий класс ASA [3]. Вместе с тем у этой категории больных хирурги нередко отказываются от лапароскопии из-за опасений, связанных с пневмоперитонеумом и длительным наркозом, хотя международные рекомендации допускают применение лапароэндоскопических методик, в том числе TAPP, в экстренной хирургии грыж паховой области при наличии у хирурга соответствующего опыта [4].

Цель. Оценить возможность и результаты применения лапароскопических вмешательств при ущемлённых грыжах передней брюшной стенки у больных 60 лет и старше в рамках дифференцированной хирургической тактики.

Материал и методы. Из 183 больных, оперированных по поводу ущемлённых грыж передней брюшной стенки в Булунгурском районном медицинском объединении Самаркандской области, выделена подгруппа больных 60 лет и старше – 94 (51,4%) человека. В группе сравнения (2020–2022 гг., традиционная тактика с преимущественно открытыми вмешательствами) было 40 таких больных (60–74 лет – 30, 75 лет и старше – 10), в основной группе (2023–2026 гг., дифференцированная тактика с приоритетом лапароскопии и освобождением ущемлённой кишки аспирационно-ирригационной канюлей) – 54 (44 и 10 соответственно). В целом по исследованию физический статус ASA III–IV имели 72 (39,3%)

больных (34 в группе сравнения и 38 в основной), сопутствующие заболевания – 133 (72,7%), ведущее место среди которых занимали артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца (43,2%); группы по этим показателям не различались. В основной группе возраст сам по себе не считали противопоказанием к лапароскопии; от пневмоперитонеума отказывались при физическом статусе ASA IV, нестабильной гемодинамике, флегмоне грыжевого мешка, распространённом перитоните с выраженным парезом кишечника, выраженных обструктивных заболеваний лёгких и ширине грыжевых ворот W3. Оценивали частоту осложнений, потребность в лечении в ОРИТ и его длительность, сроки активизации и койко-день. Частоты сравнивали точным критерием Фишера (абсолютные числа восстановлены по известной численности подгрупп); средние значения для подгруппы приведены без меры рассеяния, так как в первичных данных она не указана.

Результаты. У больных 60 лет и старше основной группы лапароскопический этап выполнен у 44 (81,5%) против 14 (35,0%) в группе сравнения (точный критерий Фишера, $p < 0,001$). Расширение показаний к лапароскопии у этой категории больных не сопровождалось ухудшением результатов (табл. 1): частота послеоперационных осложнений снизилась с 12,5% до 7,4%, доля больных, нуждавшихся в лечении в ОРИТ, – с 55,0% до 40,7%; различия по этим показателям не достигли статистической значимости, что объясняется небольшой численностью подгрупп. Средняя длительность пребывания в ОРИТ уменьшилась с 0,9 до 0,5 суток, активизация больных наступала на 8,2 часа раньше (10,1 против 18,3 часа), койко-день сократился с 7,1 до 5,2 суток. Летальных исходов среди больных 60 лет и старше в обеих группах не было (единственный летальный исход в группе сравнения отмечен у больного 49 лет). У больных с физическим статусом ASA III–IV независимо от возраста частота осложнений в основной группе составила 1 из 38 (2,6%) против 6 из 34 (17,6%) в группе сравнения

(точный критерий Фишера, $p=0,047$).

Таблица 1.

Результаты лечения больных 60 лет и старше

Показатель	ГС (n=40)	ОГ (n=54)	p
Вмешательства с лапароскопическим этапом, абс. (%)	14 (35,0%)	44 (81,5%)	<0,001
Послеоперационные осложнения, абс. (%)	5 (12,5%)	4 (7,4%)	0,488
Лечение в ОРИТ, абс. (%)	22 (55,0%)	22 (40,7%)	0,212
Длительность пребывания в ОРИТ, сут (М)	0,9	0,5	—
Сроки активизации, ч (М)	18,3	10,1	—
Койко-день, сут (М)	7,1	5,2	—

Примечание. p – точный критерий Фишера; для средних величин мера рассеяния и p в первичных данных для подгруппы не приведены.

Выводы. 1. Возраст 60 лет и старше при отсутствии противопоказаний к пневмоперитонеуму не является препятствием к лапароскопическому вмешательству при ущемлённой грыже: в рамках дифференцированной тактики лапароскопический этап удалось выполнить у 81,5% больных этой категории.

2. Расширение показаний к лапароскопии у больных пожилого и старческого возраста сопровождалось тенденцией к снижению частоты осложнений и потребности в лечении в ОРИТ, более ранней активизацией и сокращением койко-дня на 1,9 суток; у больных с физическим статусом ASA

III–IV частота осложнений статистически значимо снизилась с 17,6% до 2,6%.

Список литературы.

1. Köckerling F., Heine T., Adolf D., Zarras K., Weyhe D., Lammers B., Mayer F., Reinhold W., Jacob D. Trends in emergent groin hernia repair – an analysis from the Herniamed Registry // *Frontiers in Surgery*. – 2021. – Vol. 8. – Art. 655755. – DOI: 10.3389/fsurg.2021.655755.

2. Sæter A.H., Fonnes S., Rosenberg J., Andresen K. High complication and mortality rates after emergency groin hernia repair: a nationwide register-based cohort study // *Hernia*. – 2022. – Vol. 26, № 4. – P. 1131–1141. – DOI: 10.1007/s10029-022-02597-8.

3. Piltcher-da-Silva R., Sasaki V.L., Bettini L.F.C., Soares P.S.M., Valandro I.G., Cavazzola L.T. Outcomes of emergency groin hernia repair in the elderly: a systematic review // *Journal of Abdominal Wall Surgery*. – 2023. – Vol. 2. – Art. 11246. – DOI: 10.3389/jaws.2023.11246.

4. HerniaSurge Group. International guidelines for groin hernia management // *Hernia*. – 2018. – Vol. 22, № 1. – P. 1–165. – DOI: 10.1007/s10029-017-1668-x.