

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖАХ
БРЮШНОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО
ВОЗРАСТА

Зухуров Сухроб Элмуротович yakkashoh@mail.ru

<https://orcid.org/0009-0007-7788-6558>

Хамдамов Бахтиёр Зарифович xamdamov.baxtiyor@bsmi.uz

<https://orcid.org/0000-0003-3569-6688>

Бухарский медицинский институт

Резюме. Предложенная модель стратификации риска и индивидуализации хирургической тактики грыж передней брюшной стенки позволяет не только снизить частоту осложнений и рецидивов, но и существенно улучшить параметры непосредственного послеоперационного периода: сократить сроки пребывания в стационаре, ускорить активизацию пациента и восстановление повседневной активности

Ключевые слова: грыжа, передняя брюшная стенка, рецидив

Актуальность. Несмотря на развитие технологий лапароскопического грыжесечения и внедрение современных имплантатов, проблема оптимизации результатов операций у больных ПСВ с рецидивными грыжами ПБС остается актуальной и требует дальнейшего решения на основе комплексного анализа факторов риска, особенностей течения болезни и модификации хирургической тактики [1, 2]. Современные аспекты развития отечественной медицины включают множество мер, направленных на улучшение результатов лечения больных, в том числе и с рецидивными грыжами пожилого и старческого возраста.

В последние годы широко применяются симультанные операции, при которых одновременно удаётся устранить 2–3 заболевания [1, 3,4,5]. Это стало возможным благодаря совершенствованию методов обезболивания и реанимации. По данным многих исследователей, сочетание заболеваний наблюдается в 20–30% случаев, у пожилых количество случаев сочетания заболеваний достигает 60%, а оперативное вмешательство выполняется не более чем в 3–4% случаев [3, 6,7,8,12,13.14.15,16,17]. Кроме того, часто симультанные операции производятся при желчнокаменной болезни (ЖКБ) в сочетании с заболеваниями органов малого таза, урологическими патологиями [1, 9,10,11], и приводятся результаты симультанных операций при

сочетании с вентральными грыжами, но это, как правило, малочисленная группа и без учета возраста. А между тем грыженосителями очень часто являются лица пожилого и старческого возраста, у которых имеет место сочетание грыж с заболеваниями, требующими оперативного лечения, и патологиями сердечно-сосудистой и дыхательной систем, что затрудняет применение симультанных операций. В опубликованных материалах мы не нашли отражения результатов симультанных операций у больных пожилого и старческого возраста при вентральных грыжах и ЖКБ, а эти два заболевания наиболее часто выявляются у больных старшего возраста.

Цель исследования: анализ эффективности усовершенствованной модели стратификации риска и индивидуализации хирургической тактики грыж передней брюшной стенки

Материал и методы. В данной работе проводится клинико-статистическая оценка эффективности предложенной индивидуализированной тактики лапароскопических операций у больных ПСВ с рецидивными грыжами ПБС. Оценка эффективности базируется на частоте повторных рецидивов, частоте послеоперационных осложнений, длительности госпитализации, динамике функционального восстановления и других клинико-практических показателях.

Основная группа включала 87 пациентов, перенесших лапароскопические операции по поводу рецидивных грыж ПБС. Среди них 51 пациент пожилого возраста (58,6%) и 36 - старческого возраста (41,4%). Все пациенты были оперированы по единым критериям включения: наличие документированного рецидива после ранее выполненной грыжесечения, подтвержденного клинически и инструментально (УЗИ, КТ). Исключались больные с неоперабельными состояниями, острыми инфекциями, декомпенсированными системными заболеваниями и отказом от вмешательства.

Результаты и их обсуждение. Тактические решения в основной группе строго соответствовали алгоритму, предложенному выше: при низком риске выполнялись стандартные IPOM-операции с легкими имплантами и минимальной фиксацией; при умеренном - расширенные IPOM с комбинированной фиксацией и двухслойными сетками; при высоком - eTEP, TAR и ретромышкулярные методики с шовной фиксацией и обширной мобилизацией. Таким образом, тактика вмешательства была адаптирована к уровню риска, а не к типу грыжи или предпочтениям хирурга, что позволило достичь сопоставимых результатов даже в высокорисковых подгруппах.

Анализ частоты рецидивов и послеоперационных осложнений в основной и контрольной группах показал, что применение индивидуализированной тактики, построенной на балльной модели стратификации риска, достоверно снижает вероятность неблагоприятных исходов.

Наиболее выраженные различия отмечены по частоте повторного рецидива грыжи, который развился у 9 из 87 пациентов основной группы (10,3%) против 22 из 89 больных контрольной группы (24,7%) ($p < 0,01$). Таким образом, внедрение тактики, адаптированной к анатомо-функциональному статусу пациента, позволило снизить вероятность повторного образования грыж более чем в 2,4 раза. Это особенно важно, учитывая, что значительная часть пациентов основной группы (26,4%) находилась в категории высокого риска и ранее перенесла рецидивную пластическую операцию.

Различия касались и структуры осложнений. Частота расхождения краев раны и несостоятельности швов в основной группе составила 5,7% против 12,4% в контрольной группе ($p = 0,04$). Этот показатель особенно критичен, так как напрямую связан с качеством фиксации импланта и состоянием апоневротических краев. В основной группе несостоятельность возникала в основном у пациентов с высоким баллом по шкале риска (более 35), что подчеркивает необходимость применения усиленной фиксации и ретромускулярных методик именно в этих случаях. Частота сером и гематом составила 9,2% в основной группе против 16,9% в контрольной ($p = 0,08$). Хотя различие не достигло статистической значимости, оно имеет клиническую ценность, особенно в свете того, что в основной группе профилактика сером включала ограниченную мобилизацию у пациентов с низким риском и обязательную дренажную систему при высоком риске.

В основной группе благодаря применению сеток с барьерным покрытием и соблюдению расширенного алгоритма профилактики (предоперационная санация, коррекция гипоальбуминемии, антибактериальная терапия) осложнения купировались консервативно.

Суммарная частота пациентов, у которых было зафиксировано хотя бы одно послеоперационное осложнение, составила 25,3% в основной группе против 41,6% в контрольной ($p = 0,02$). Это ключевой интегральный показатель, подтверждающий, что тактическая персонализация снижает общую операционную нагрузку на пациента, даже при условии применения технически более сложных методик (TAR, eTEP и др.).

Особенно важным результатом является то, что среди пациентов с высоким риском (≥ 31 балл) в основной группе частота осложнений составила 39,1%, в то время как среди аналогичных по профилю пациентов контрольной группы (64,7%). Это позволяет утверждать, что адаптированная тактика эффективна не только у пациентов с низкой операционной нагрузкой, но и в клинически наиболее уязвимой категории.

Таким образом, представленные данные подтверждают, что использование стратифицированного алгоритма ведет к достоверному снижению как частоты

рецидивов, так и числа послеоперационных осложнений, и демонстрирует реальную клиническую ценность предложенной модели индивидуализированного подхода при лапароскопических операциях у больных ПСВ.

Сравнительный анализ продолжительности операции, сроков госпитализации, времени до активизации пациента и темпов функционального восстановления позволил оценить влияние индивидуализированной тактики не только на отдаленные результаты, но и на непосредственное послеоперационное течение.

В основной группе средняя продолжительность стационарного лечения составила $4,1 \pm 1,2$ суток, в контрольной - $5,6 \pm 1,9$ суток, разница статистически достоверна ($p < 0,01$). Время до активизации пациента в основной группе составило $12,4 \pm 3,1$ часов, в контрольной - $18,7 \pm 4,2$ часов ($p < 0,01$). Более быстрое восстановление активности обусловлено не только уменьшением болевого синдрома (благодаря применению клеевой или шадящей фиксации у пациентов с низким и умеренным риском), но и более четким прогнозированием течения послеоперационного периода. Особенно важно отметить, что у больных ПСВ (65-74 лет) без тяжелых анатомических изменений активизация происходила в пределах 10-12 часов от момента выхода из наркоза, что позволяет раннее проведение профилактики тромбоэмболических осложнений и минимизирует гипостатические осложнения.

Предложенная модель стратификации риска и индивидуализации хирургической тактики позволяет не только снизить частоту осложнений и рецидивов, но и существенно улучшить параметры непосредственного послеоперационного периода: сократить сроки пребывания в стационаре, ускорить активизацию пациента и восстановление повседневной активности. Это, в свою очередь, повышает удовлетворенность пациентов лечением, снижает нагрузку на стационарный ресурс и обеспечивает лучший клинико-экономический профиль хирургической помощи.

Выводы:

1. Сравнительный анализ продолжительности операции, сроков госпитализации, времени до активизации пациента и темпов функционального восстановления позволил оценить влияние индивидуализированной тактики не только на отдаленные результаты, но и на непосредственное послеоперационное течение.
2. Предложенная модель стратификации риска и индивидуализации хирургической тактики позволяет не только снизить частоту осложнений и

рецидивов, но и существенно улучшить параметры непосредственного послеоперационного периода: сократить сроки пребывания в стационаре, ускорить активизацию пациента и восстановление повседневной активности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллин М.М., Саянко Р.Т. Персонализированный выбор метода герниопластики у лиц старших возрастных групп // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2021. – Т. 180, №5. – С. 101–106
2. Абдурахманов А.И., Юнусов Ш.Б. Интеграция гериатрических индексов в хирургическую стратификацию риска при грыжах передней брюшной стенки // Медицинский альманах. – 2023. – №2. – С. 58–62
3. Cavalli M., Sorrentino M., Scanzi G. et al. Intraoperative navigation in complex hernia repair: first experience with 3D modeling and augmented reality // Updates Surg. – 2022. – Vol. 74(6). – P. 2113–2120
4. Khamdamova M.T., Akramova D. E. Genetic aspects of genital prolapse in women of reproductive age // New day in medicine. Bukhara, 2023. - No. 5 (55). - P. 638-643.
5. Khamdamova M.T., Teshayev Sh.Zh., Hikmatova M.F. Morphological changes of the thymus and spleen in renal failure in rats and correction with pomegranate seed oil // New day in medicine. Bukhara, 2024. - N. 3(65). - P. 167-187.
6. Khamdamova M.T., Khasanova M.T. Various mechanisms of pathogenesis of endometrial hyperplasia in postmenopausal women (literature review) // New day in medicine. Bukhara. 2023. - No. 8 (58). - P. 103-107.
7. Khamdamova M.T., Zhaloldinova M.M., Khamdamov I.B. The state of nitric oxide in blood serum in patients with cutaneous leishmaniasis // New day in medicine. Bukhara, 2023. - No. 5 (55). - P. 638-643.
8. Khamdamova M.T., Zhaloldinova M.M., Khamdamov I.B. The value of ceruloplasmin and copper in blood serum in women wearing copper-containing intrauterine device // New day in medicine. Bukhara, 2023. - No. 6 (56). - P. 2-7.
9. Khamdamova M.T., Akramova D. E. Immediate and long-term results of surgical treatment of genital prolapse in elderly women // New day in medicine. Bukhara, 2025. - N3 (77). - P. 201-206.
10. Khamdamova M. T., Khasanova M.T. Genetic mechanisms of development of endometrial hyperplastic processes in women in menopausal age // New day in medicine. Bukhara, 2025. - N3 (77). - P. 207-211.
11. Khamdamova M. T., Umidova N. N. Genetic factors of genital endometriosis // New day in medicine. Bukhara, 2025. – N4 (78). - P. 82-87.

12. Бобокалонов С.М., Касымов А.Ш. Фиксация сетчатого импланта при лапароскопической герниопластике: риски и современные решения // Колопроктология. – 2021. – №4. – С. 53–58

13. Журавлев А.А., Ким С.А. Рецидивные грыжи у пожилых пациентов: влияние возрастных факторов на течение и исход заболевания // Общая реаниматология. – 2022. – Т. 18, №2. – С. 91–97

14. Назаров А.Б., Шукуров Х.Ж. Навигационные технологии в лапароскопической герниопластике рецидивных грыж: новые горизонты // Хирургия Узбекистана. – 2023. – №2. – С. 55–60

15. Насыров И.Х., Камолов Ш.Т. Клинико-анатомическое обоснование выбора способа герниопластики при вентральных грыжах // Медицинский журнал Узбекистана. – 2020. – №5. – С. 73–77

16. Atema J.J., Furnée E.J., Maeda Y. et al. Predictors of surgical site infection and hernia recurrence following abdominal wall repair: a multicenter cohort study // Lancet Reg. Health Eur. – 2022. – Vol. 17. – Article 100391

17. Cavalli M., Sorrentino M., Scanzi G. et al. Intraoperative navigation in complex hernia repair: first experience with 3D modeling and augmented reality // Updates Surg. – 2022. – Vol. 74(6). – P. 2113–2120