

Післяопераційний період після відкритої та лапароскопічної алогерніопластик пахвинних гриж в осіб похилого та старечого віку

Мета роботи: оцінити ефективність та порівняти результати післяопераційного періоду після виконання відкритих та лапароскопічних алогерніопластик пахвинних гриж у пацієнтів похилого та старечого віку.

Матеріали і методи. У дослідження було включено 96 пацієнтів із первинними пахвинними грижами (K40 за МКХ-10). Перша група – 39 осіб, яким виконано лапароскопічну трансабдомінальну преперитонеальну пластику (ТАРР) із застосуванням фіксаційних та безфіксаційних методів. Середній вік пацієнтів даної групи склав (68,3±5,78) року. В даній групі хворих використовували два типи сітчастих імплантів: 28 (71,79 %) пацієнтів поліпропіленові сітки розміром 6×11 см з фіксацією 3–5 такерами; 11 (28,21 %) осіб – поліпропіленові сітки з нітиноловим каркасом. Метод знеболювання – інгаляційний наркоз, штучна вентиляція легень у всіх пацієнтів. Друга група – 57 хворих, яким виконали відкриту алогерніопластику (спосіб Lichtenstein). Середній вік пацієнтів становив (66,8±6,91) року. Для закриття грижового дефекту використовували поліпропіленову сітку розміром 6×11 см. Метод знеболювання – місцева анестезія (розчин лонгокаїну 2,5 мг/мл) – 12 (21,05 %) хворих, спінальна анестезія – 21 (36,84 %) пацієнт, загальний наркоз без інтубації – 24 (42,10 %) хворих.

Результати. При виконанні лапароскопічної алогерніопластики кровотечі з черевної стінки спостерігали у 2 (5,1 %) (1 – при постановці троакара, 1 – при виділенні грижового мішка). В 2 (5,1%) виникла серома, що самостійно зникла протягом місяця. Хронічний біль, парестезії виникли лише в 1 (2,56 %) пацієнта, що зникли протягом 2-х місяців. Аналізуючи відкриті методи герніопластики, то тривалість цієї операції була практично такою ж, як і при лапароскопічній ((42,56±12,45) хв проти (47,81±14,87) хв). У 10 (17,5 %) пацієнтів відмічали виражені післяопераційний біль і парестезії, що не зникали до 6 місяців. У 4 (7 %) хворих виникли сероми, що самостійно зникли протягом місяця, в 1 (1,75 %) випадку виникло нагноєння післяопераційного рубця. В 2 (3,5 %) пацієнтів з'явився післяопераційний набряк калитки з боку герніопластики.

Висновки. При порівнянні двох рандомізованих груп пацієнтів, яким виконали лапароскопічну та відкриту операції з приводу первинних гриж, виявлено все ж переваги лапароскопічних операцій: майже у два рази нижчий рівень ускладнень, зменшена більш як вдвічі середня тривалість стаціонарного лікування, знижена інтенсивність раннього та віддаленого післяопераційного болю.

Ключові слова: пахвинна грижа; ТАРР; спосіб Lichtenstein; периопераційний період; особи похилого та старечого віку.

Постановка проблеми й аналіз останніх досліджень та публікацій. Пахвинні грижі є значною проблемою охорони здоров'я, у хірургії зокрема, особливо серед осіб похилого та старечого віку, коли наявність супутніх захворювань та загальна ослабленість організму збільшують ризик ускладнень та впливають на вибір методу хірургічного лікування [1]. За даними статистики, пахвинні грижі спостерігаються у 27–43 % чоловіків і 3–6 % жінок віком від 65 років, що підкреслює актуальність дослідження щодо оптимальних методів їх хірургічного лікування [12].

Порівняння лапароскопічної та відкритої алогерніопластик продовжує бути предметом численних досліджень та дискусій [9, 15]. Будучи менш інвазивною процедурою, трансабдомінальна преперитонеальна пластика (ТАРР) пропонує такі переваги, як зменшення післяопераційного болю, скорочення терміну перебування у стаціонарі та швидше повернення до нормальної життєдіяль-

ності [11]. Проте результати деяких досліджень вказують на потенційно вищий ризик ускладнень і рецидиву [6], а також необхідність у спеціальному обладнанні та навченому персоналі.

Проведення комплексного аналізу результатів лікування пацієнтів похилого та старечого віку, які перенесли алогерніопластику пахвинних гриж із використанням лапароскопічного та відкритого методів, має велике значення для визначення найбільш ефективного та безпечного підходу в даній віковій групі пацієнтів.

Мета роботи: оцінити ефективність та порівняти результати післяопераційного періоду після виконання відкритих та лапароскопічних алогерніопластик пахвинних гриж у пацієнтів похилого та старечого віку.

Матеріали і методи. У дослідження було включено 96 пацієнтів із первинними пахвинними грижами (K40 за МКХ-10). Перша група – 39 осіб, яким виконано лапароскопічну трансабдоміналь-

ну преперитонеальну пластику (ТАРР) із застосуванням фіксаційних та безфіксаційних методів. Середній вік пацієнтів даної групи склав (68,3±5,78) року. Лапароскопічну пластику гриж виконували після накладання пневмоперитонеуму до 12 мм рт. ст. із використанням трьох троакарів. Перший 10-міліметровий троакар вводили у ділянку пупка, два 5-міліметрові троакари – в праву та ліву здухвинні ділянки. Очеревину над грижовим дефектом відсепаровували. Відокремлювали грижовий мішок, який відділяли від елементів сім'яного канатика. В обов'язковому порядку з грижового каналу вивільняли ліпому, що супроводжувала грижовий мішок, пластику внутрішнього кільця грижового дефекту виконували за допомогою сітчастих трансплантатів. У даній групі хворих використовували два типи сітчастих імплантів: 28 (71,79 %) пацієнтів поліпропіленові сітки розміром 6×11 см з фіксацією 3–5 такерами; 11 (28,21 %) осіб – поліпропіленові сітки з нітиноловим каркасом, що завдяки своїй формі щільно прилягали до тканин пахвинного каналу та не потребували додаткової фіксації. Метод знеболювання – інгаляційний наркоз, штучна вентиляція легень у всіх пацієнтів.

Друга група – 57 хворих, яким виконали відкриту алогерніопластику (спосіб Lichtenstein). Середній вік пацієнтів становив (66,8±6,91) року. Для закриття грижового дефекту використовували поліпропіленову сітку розміром 6×11 см. Дренування рани не виконували. Метод знеболювання – місцева анестезія (розчин лонгокаїну 2,5 мг/мл) – 12 (21,05 %) хворих, спінальна анестезія – 21 (36,84 %) хворих, загальний наркоз без інтубації – 24 (42,10 %) пацієнти.

Після встановлення сітчастих імплантів у всіх хворих обох груп відновлювалась цілісність парієтальної очеревини за допомогою безперервної вікрилової нитки з інтракорпоральними вузлами. Частки операційного ризику за ASA класу ≥ 3 були подібними в двох групах (27,6 проти 31,12 %).

У периопераційному періоді в обов'язковому порядку проводили ультразвукову діагностику ділянки пахвинного каналу, яка дозволяла достовір-

но встановити наявність пахвинної грижі, після операційні ускладнення, підтвердити наявність рецидиву. Всі пацієнти підписали поінформовану згоду на участь у дослідженні та опрацюванні їх персональних даних у наукових цілях.

В післяопераційному періоді визначали наявність локальних та загальних ускладнень. До року спостереження оцінювали наявність рецидиву пахвинної грижі. Період відновлення визначали за тривалістю госпіталізації та часу до повернення у нормальне повсякденне життя. Больові відчуття оцінювали за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) на 1, 2 доби після операції. Наявність парестезій через 1, 3 та 6 місяців після операції – за методом опитування пацієнтів та неврологічного огляду.

Результати. Серйозних інтраопераційних ускладнень при виконанні лапароскопічних операцій не спостерігали, однак технічні труднощі були у 10 (25,64 %) пацієнтів при виділенні грижового мішка та відділенні його від елементів сім'яного канатика. Виражений больовий синдром спостерігали лише в 1 (2,56 %) хворого, якому встановили сітку з нітиноловим каркасом, але після призначення ненаркотичних анальгетиків біль припинився. Вже наступного дня пацієнти після лапароскопічної операції змогли підійматись із ліжка та ходити, а на 2–3-ю доби після операції їх виписали зі стаціонару.

При виконанні лапароскопічної алогерніопластики кровотечі з черевної стінки спостерігали у 2 (5,1 %) (1 – при постановці троакара, 1 – при виділенні грижового мішка). У 2 (5,1%) виникла серома, що самостійно зникла протягом місяця. Хронічний біль, парестезії були лише в 1 (2,56 %) пацієнта, що зникли протягом 2-х місяців. У хворих цієї групи якість життя у післяопераційному періоді була задовільна. При спостереженні за пацієнтами у віддалені терміни в жодному випадку не було виявлено рецидиву пахвинної грижі (табл.).

Щодо загальних ускладнень, то в даній групі у 3 (7,69 %) пацієнтів відмітили дихальні розлади в ранньому післяопераційному періоді на ґрунті за-

Таблиця. Характеристика ускладнень у двох групах

Група	Ускладнення						
	безпосередні				віддалені		
	серома, n (%)	біль, n (%)	нагноєння, n (%)	кровотечі, n (%)	набряк калитки, n (%)	хронічний біль, парестезії, n (%)	рецидив, n (%)
Перша (n=39)	2 (5,1)	1 (2,56)	–	2 (5,1)	–	2 (5,1)	–
Друга (n=57)	4 (7,0)	10 (17,5)	1 (1,75)	–	2 (3,5)	12 (21)	–

гострення основної патології (2 пацієнти – хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), 1 хворий – ішемічна хвороба серця (ІХС), серцева недостатність ІА ст.). У жодному випадку не було констатовано тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА), пневмонії.

Аналізуючи відкриті методи герніопластики, то тривалість цієї операції була практично такою ж, як і при лапароскопічній ($42,56 \pm 12,45$ хв проти $47,81 \pm 14,87$ хв). Серйозних інтраопераційних ускладнень у цій групі хворих також не було. У 10 (17,5 %) пацієнтів відмічали виражені післяопераційний біль і парестезії, що не зникали до 6 місяців. Хворим із вираженим больовим синдромом необхідно було призначити наркотичні анальгетики у перші доби після операції. У 4 (7 %) пацієнтів виникли сероми, що самостійно зникли протягом місяця, в 1 (1,75 %) випадку було нагноєння післяопераційного рубця. У 2 (3,5 %) хворих з'явився післяопераційний набряк калитки з боку герніопластики. Рецидивів протягом року спостереження не було. Щодо загальних ускладнень, то в даній групі в жодному випадку не було констатовано ТЕЛА, пневмонії.

Зниження частоти сером, нагноєння, хронічного болю й парестезій при виконанні лапароскопічної преперитонеальної алогерніопластики досягалося шляхом зменшення площі дирекції та зменшення ушкодження кровоносних та лімфа-

тичних судин порівняно з відкритою методикою пластики.

У групі пацієнтів, яким проведено лапароскопічну алогерніопластику, середня тривалість перебування у стаціонарі склала $(2,3 \pm 0,9)$ доби. У групі хворих, прооперованих із використанням відкритого методу, середня тривалість перебування у стаціонарі склала $(5,6 \pm 1,2)$ доби. Післяопераційний біль та парестезії у першій групі за ВАШ були на 1, 2 доби, середній бал якої становив 2,3, порівняно з другою групою, – 4,2. Щодо парестезій, то на 1, 3, 6 місяцях були у 1,8 раза частіше в другій групі, ніж у першій (рис.).

Таким чином, лапароскопічна хірургія є такою ж безпечною, як і відкрита операція для пацієнтів похилого віку із пахвинною грижею. Лапароскопічна хірургія була пов'язана з більш швидкою мобілізацією та більш ранньою випискою з лікарні.

Втім, вибір має ґрунтуватися на досвіді хірурга та комплексній оцінці чинників, пов'язаних із пацієнтом і грижею, включаючи когнітивний, функціональний, харчовий, соціально-економічний та емоційний статуси. При плануванні елективної пластики пахвинної грижі супутні захворювання є основною причиною смерті, а тому їх необхідно ретельно враховувати, особливо у пацієнтів похилого віку.

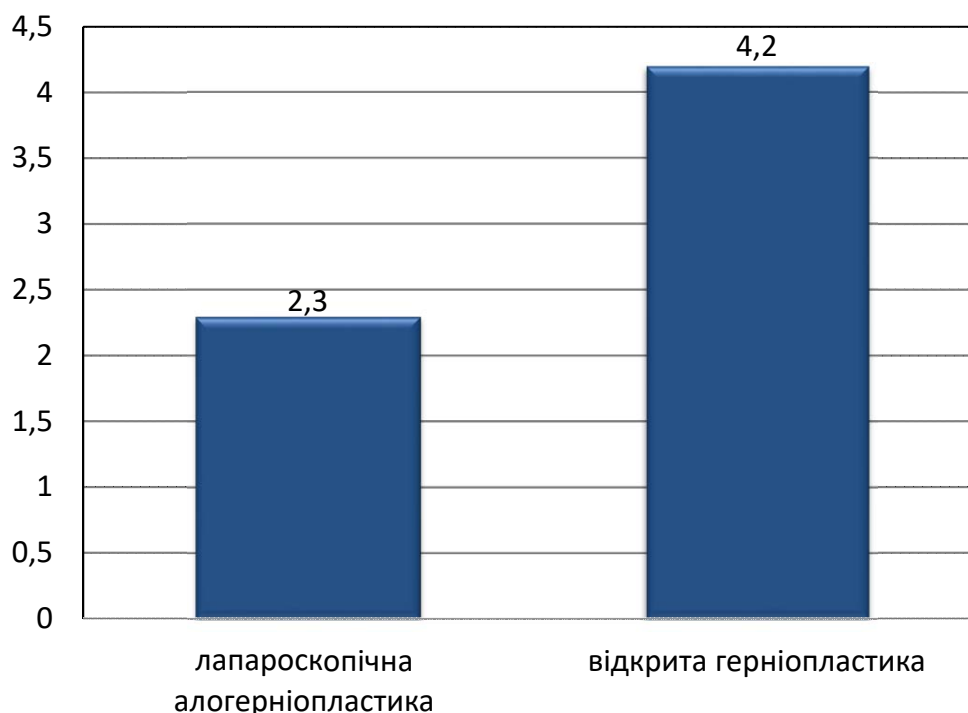


Рис. Порівняльна характеристика больового синдрому за візуально-аналоговою шкалою при відкритій та лапароскопічній алогерніопластиках.

Обговорення. Майже 80 % операцій з приводу пахвинної грижі виконують під загальною анестезією проти 15–20 % під місцевою, незважаючи на відсутність доказів поліпшення периопераційних результатів при першій [4]. Тому одним із ключових обмежень даного дослідження все ж є спосіб анестезії та його вплив на безпосередні результати. Відкрите втручання може бути виконано під місцевою або загальною анестезією, тоді як лапароскопічне втручання виконується тільки під інгаляційним наркозом. З цього випливає, що для відкритої пластики грижі використання місцевої, а не загальної анестезії, асоціюється зі скороченням післяопераційних ускладнень і тривалості операції [3].

Результати деяких обсерваційних досліджень також показали, що вплив загальної анестезії пов'язаний з підвищеним короткостроковим і довгостроковим ризиками деменції та зниженням когнітивних функцій у людей похилого віку [13, 14]. Оскільки використання місцевої анестезії пов'язане з поліпшенням результатів при відкритій хірургії, можливо, що будь-які переваги лапароскопічної над відкритою хірургією зменшуються або зникають, коли відкриті операції виконують під місцевою, а не під загальною анестезією. Зокрема, уникнення впливу загальної анестезії може покращити когнітивне відновлення та зменшити легеневі ускладнення, пов'язані як із загальною анестезією, так і з інтубацією [2].

Лапароскопічна хірургія пов'язана з кращими результатами, такими, як зменшення периопераційних ускладнень, порівняно з відкритою операцією під загальною анестезією [16], але що частота ускладнень буде подібною, коли відкрита операція виконується під місцевою анестезією. Крім того, тривалість операції буде скорочена у пацієнтів, які перенесли відкриту пластику пахвинної грижі, особливо при застосуванні місцевої анестезії.

Neumaier та ін. [7] рандомізували понад 3500 пацієнтів на лапароскопічну або відкриту операцію пахвинної грижі та виявили, що лапароскопічна хірургія збільшила кількість післяопераційних ускладнень приблизно на 3 % порівняно з

відкритою операцією. Однак вони не оцінювали, чи відрізнялися результати в підгрупі місцевої анестезії.

Кокранівський огляд 41 дослідження, у якому порівнювали лапароскопічну та відкриту пластику пахвинної грижі, зазначив, що лапароскопічна хірургія була пов'язана із середнім збільшенням тривалості операції на 14,81 хв. Було також встановлено, що лапароскопічне відновлення пов'язане з більшою кількістю сером і вісцеральних ускладнень, але меншою кількістю ранових інфекцій [8].

В дослідженні Dhankhar 72 пацієнта рандомізували на повністю екстраперитонеальне втручання проти відкритого втручання (спосіб Lichtenstein) з місцевою анестезією [5]. Вони виявили, що відкрита пластика пахвинної грижі призвела до 30-хвилинного скорочення часу операції, але не виявили відмінностей у болю, захворюваності чи задоволенні пацієнтів.

Нарешті, результати дослідження показали, що лапароскопічна пластика пахвинної грижі є дороговартісною, ніж відкрита, і стає все важче виправдати надмірні витрати, коли переваги для пацієнтів обмежені або відсутні [10].

Висновки. При порівнянні двох рандомізованих груп пацієнтів, яким виконали лапароскопічну та відкриту операції з приводу первинних пахвинних гриж, виявлено все ж переваги лапароскопічних операцій: майже у два рази менший рівень ускладнень, знижена більш як вдвічі середня тривалість стаціонарного лікування, зменшена інтенсивність раннього та віддаленого післяопераційного болю. Лапароскопічна герніопластика демонструє переваги, однак вибір методу має враховувати індивідуальні особливості пацієнта та клінічну ситуацію.

Конфлікт інтересів. Автор декларує відсутність конфлікту інтересів.

Джерела фінансування. Стаття є фрагментом планової науково-дослідної роботи, зовнішні джерела фінансування не залучали.

Внесок автора. Лавренюк І. Ю – ідея, концепція та дизайн дослідження, огляд літератури, написання тексту, статистична обробка даних.

СПИСОК БІБЛІОГРАФІЧНИХ ПОСИЛАНЬ

1. Agarwal P. K. Study of demographics, clinical profile and risk factors of inguinal hernia: a public health problem in elderly males. *Cureus*. 2023. No. 15 (4).
2. Al Ahmed A., Albasri H. H., Ahmed T. J. Hiatal Hernia in an Elderly Patient Complicated by Upper Gastroesophageal Bleeding, Pulmonary Embolism, and Respiratory Failure: A Case Report. *Cureus*. 2024. No. 16 (12).
3. Using local anesthesia for inguinal hernia repair reduces complications in older patients / C. J. Balentine et al. *Journal of Surgical Research*. 2021. No. 258. P. 64–72.
4. Increased risk of dementia in people with previous exposure to general anesthesia: a nationwide population-based case-control study / C. W. Chen et al. *Alzheimer's & Dementia*. 2014. No.10 (2). P. 196–204.

5. Totally extraperitoneal repair under general anesthesia versus Lichtenstein repair under local anesthesia for unilateral inguinal hernia: a prospective randomized controlled trial / D. S. Dhankhar et al. *Surg Endosc.* 2014. No. 28 (3). P. 996–1002.
6. Laparoscopic treatment (reTAPP) for recurrence after laparoscopic inguinal hernia repair / J. Fernandez-Alberti et al. *Hernia.* 2021. P. 1–7.
7. Matthews R. D., Neumayer L. Inguinal hernia in the 21st century: an evidence-based review. *Current problems in surgery.* 2008. No. 45 (4). P. 261–312.
8. EU Hernia Trialists Collaboration. Laparoscopic techniques versus open techniques for inguinal hernia repair / K. McCormack et al. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003. No. 1. CD001785.
9. Comparison of postoperative outcomes of laparoscopic vs open inguinal hernia repair / J. Meier et al. *JAMA surgery.* 2023. No. 158 (2). P. 172–180.
10. Open and laparoscopic inguinal hernia surgery: a cost analysis / F. Mongelli et al. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2019. No. 29 (5). P. 608–613.
11. Muschalla F., Schwarz J., Bittner, R. Effectivity of laparoscopic inguinal hernia repair (TAPP) in daily clinical practice: early and long-term result. *Surgical endoscopy.* 2016. No. 30. P. 4985–4994.
12. Patel V. H., Wright, A. S. Controversies in inguinal hernia. *Surgical Clinics.* 2021. No. 101 (6). P. 1067–1079.
13. Perez A. J., Campbell S. Inguinal hernia repair in older persons. *Journal of the American Medical Directors Association.* 2022. No. 23 (4). P. 563–567.
14. Lim B. G., Lee, I. O. Anesthetic management of geriatric patients. *Korean journal of anesthesiology.* 2020. No. 73 (1). P. 8–29.
15. Transabdominal Preperitoneal (TAPP) versus Lichtenstein operation for primary inguinal hernia repair – A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials / U. Scheuermann et al. *BMC surgery.* 2017. No. 17. P. 1–10.
16. Comparison of laparoscopic and open inguinal–hernia repair in elderly patients: the experience of two comprehensive medical centers over 10 years / S. Xi et al. *Hernia.* 2024. No. 28 (4). P. 1195–1203.

REFERENCES

1. Agarwal PK. Study of demographics, clinical profile and risk factors of inguinal hernia: a public health problem in elderly males. *Cureus.* 2023; 15(4).
2. Al Ahmed A, Albasri HH, Ahmed TJ. Hiatal Hernia in an Elderly Patient Complicated by Upper Gastroesophageal Bleeding, Pulmonary Embolism, and Respiratory Failure: A Case Report. *Cureus.* 2024; 16(12).
3. Balentine CJ, Meier J, Berger M, Reisch J, Cullum M, Lee SC, Brown CJ. Using local anesthesia for inguinal hernia repair reduces complications in older patients. *Journal of Surgical Research.* 2021; 258:64-72.
4. Chen CW, Lin CC, Chen KB, Kuo YC, Li CY, Chung CJ. Increased risk of dementia in people with previous exposure to general anesthesia: a nationwide population-based case–control study. *Alzheimer's & Dementia.* 2014; 10(2):196-204.
5. Dhankhar DS, Sharma N, Mishra T, Kaur N, Singh S, Gupta S. Totally extraperitoneal repair under general anesthesia versus Lichtenstein repair under local anesthesia for unilateral inguinal hernia: a prospective randomized controlled trial. *Surg Endosc.* 2014; 28(3):996-1002.
6. Fernandez-Alberti J, Iriarte F, Croceri RE, Medina P, Porto EA, Pirchi DE. Laparoscopic treatment (reTAPP) for recurrence after laparoscopic inguinal hernia repair. *Hernia.* 2021; 1-7.
7. Matthews RD, Neumayer L. Inguinal hernia in the 21st century: an evidence-based review. *Current problems in surgery.* 2008; 45(4):261-312.
8. McCormack K, Scott NW, Go PM, Ross S, Grant AM, EU Hernia Trialists Collaboration. Laparoscopic techniques versus open techniques for inguinal hernia repair. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003; 1:CD001785.
9. Meier J, Stevens A, Berger M, Makris KI, Bramos A, Reisch J, Balentine CJ. Comparison of postoperative outcomes of laparoscopic vs open inguinal hernia repair. *JAMA surgery.* 2023; 158(2):172-180.
10. Mongelli F, Ferrario di Tor Vajana A, FitzGerald M, et al. Open and laparoscopic inguinal hernia surgery: a cost analysis. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2019; 29(5):608-13.
11. Muschalla F, Schwarz J, Bittner R. Effectivity of laparoscopic inguinal hernia repair (TAPP) in daily clinical practice: early and long-term result. *Surgical endoscopy.* 2016; 30:4985-994.
12. Patel VH, Wright AS. Controversies in inguinal hernia. *Surgical Clinics.* 2021; 101(6):1067-079.
13. Perez AJ, Campbell S. Inguinal hernia repair in older persons. *Journal of the American Medical Directors Association.* 2022; 23(4):563-67.
14. Lim BG, Lee IO. Anesthetic management of geriatric patients. *Korean journal of anesthesiology.* 2020; 73(1):8-29.
15. Scheuermann U, Niebisch S, Lyros O, Jansen-Winkeln B, Gockel I. Transabdominal Preperitoneal (TAPP) versus Lichtenstein operation for primary inguinal hernia repair – A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC surgery.* 2017; 17:1-10.
16. Xi S, Chen Z, Lu Q, Liu C, Xu L, Lu C, Cheng R. Comparison of laparoscopic and open inguinal–hernia repair in elderly patients: the experience of two comprehensive medical centers over 10 years. *Hernia.* 2024; 28(4):1195-1203.

Отримано 03.02.2025

Електронна адреса для листування: lavrendoc@gmail.com

I. YU. LAVRENIUK

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukraine

POSTOPERATIVE PERIOD AFTER OPEN AND LAPAROSCOPIC ALLOGHERNIOPLASTY OF INGUINAL HERNIA IN OLDER AGE AND SENILE PATIENTS

The aim of the work: to evaluate the effectiveness and compare the results of the postoperative period after performing open and laparoscopic allohernioplasty of inguinal hernias in senile and elderly patients.

Materials and Methods. The study included 96 patients with primary inguinal hernias (K40 according to ICD-10). The first group consisted of 39 patients who underwent laparoscopic transabdominal preperitoneal repair (TAPP) using fixation and non-fixation methods. The average age of the patients in this group was (68.3 ± 5.78) years. Two types of mesh implants were used in this group of patients: 28 (71.79 %) patients used polypropylene meshes measuring 6×11 cm with fixation by 3–5 tackers; 11 (28.21 %) patients used polypropylene meshes with a nitinol frame. The method of anesthesia was inhalation anesthesia, artificial ventilation in all patients. The second group – 57 patients who underwent open allohernioplasty (Lichtenstein method). The average age of the patients was (66.8 ± 6.91) years. A polypropylene mesh measuring 6×11 cm was used to close the hernial defect. The method of anesthesia – local anesthesia (longocaine solution 2.5 mg/ml) – 12 (21.05 %) patients, spinal anesthesia – 21 (36.84 %) patients, general anesthesia without intubation – 24 (42.10 %) patients.

Results. When performing laparoscopic allohernioplasty, bleeding from the abdominal wall was observed in 2 (5.1 %) patients (1 – during trocar placement, 1 – during hernia sac release). In 2 (5.1 %) patients, seroma developed, which disappeared on its own within a month. Chronic pain and paresthesia were present in only 1 (2.56 %) patient, which disappeared within 2 months. Analyzing open methods of hernioplasty, the duration of this operation was practically the same as in laparoscopic ((42.56 ± 12.45) min versus (47.81 ± 14.87) min). In 10 (17.5 %) patients, pronounced postoperative pain and paresthesia were noted, which did not disappear up to 6 months. In 4 (7 %) patients, seromas developed, which disappeared on their own within a month, in 1 (1.75%) case there was suppuration of the postoperative scar. In 2 (3.5 %) patients, postoperative edema of the scrotum appeared on the side of hernioplasty.

Conclusions. When comparing two randomized groups of patients who underwent laparoscopic and open surgery for primary inguinal hernias, the advantages of laparoscopic surgery were still revealed: almost two times lower complication rate, more than twice the average duration of inpatient treatment, and reduced intensity of early and long-term postoperative pain.

Key words: inguinal hernia; TAPP; Lichtenstein; perioperative period; elderly and senile persons.