

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ

К.Э. РАХМАНОВ, З.Б. КУРБАНИЯЗОВ, С.С. ДАВЛАТОВ, З.Н. НАЗАРОВ,
С.А. КАН, А.А. ЭГАМБЕРДИЕВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ВЕНТРАЛ ЧУРРАСИ БЎЛГАН СЕМИЗ БЕМОРЛАРДА ХИРУРГИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИНГ ТАҲЛИЛИ

К.Э. РАХМАНОВ, З.Б. КУРБАНИЯЗОВ, С.С. ДАВЛАТОВ, З.Н. НАЗАРОВ,
С.А. КАН, А.А. ЭГАМБЕРДИЕВ

Самарканд Давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

THE ANALYSIS OF RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF VENTRAL HERNIAS AT PATIENTS WITH OBESITY

K.E. RAKHMANOV, Z.B. KURBANİYAZOV, S.S. DAVLATOV, Z.N. NAZAROV,
S.A. KAN, A.A. EGAMBERDIYEV

Samarkand State medical institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Вентрал чурраси бўлган семиз беморларда хамрох касалликлар борлиги касаллик клиник кечишини оўйлаштириб, ўзига хос операциядан олдинги тайёргарлик бўлишини тақазо этади. Дерматоллипидэктомияни қўллаш натижасида операциядан кейинги эрта ва кечки асоратлар сони камайди. Жарохатдаги асоратлар 15,3% дан 3,3% гача камайди, юрак қон томир тизими аъзолари тамонидан асоратлар 86,9% дан 47,2% гача камайди. Касаллик қайталаниши ва летал оқибатлар кузатилмади.

Калит сўзлар: Семизлик, вентрал чурра, дерматоллипидэктомия, герниоаллопластика.

Feature of a clinical current at patients with ventral hernias and obesity is existence of the accompanying pathology that demands special preoperative preparation. As a result of application of a dermatolipidektomi it was succeeded to reduce number of complications in the next and remote postoperative period. Wound complications decreased from 15,3% to 3,3%, from bodies of cardiovascular system - from 86,9% to 47,2%. Recurrence of a disease and lethal outcomes wasn't.

Key words: Obesity, ventral hernia, dermatolipidektomi, gernioalloplastika.

Актуальность. Несмотря на динамическое развитие медицинской науки, проблема лечения вентральной грыжи остается актуальной. Рост заболеваемости вентральной грыжи сохраняется в основном за счет послеоперационных вентральных грыж, их количество после выполненных лапаротомий составляет по разным данным от 10 до 15% [1, 5].

Сочетание грыж передней брюшной стенки с нарушением правильных пропорций передней брюшной стенки и туловища, возникших в результате перерастяжения мышц и увеличения толщины кожно-жировой складки живота отрицательно сказываются на результатах герниопластики [2, 5, 7].

Чрезмерное отложение жировой ткани на передней брюшной стенке с образованием кожно-жирового фартука кроме причинения эстетических неудобств является причиной возникновения функциональных нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, возникновения болей в спине и появлению недержания

мочи. Под отвислой кожной складкой, как правило, появляется стойкая опрелость. Создаются также условия для развития застойных явлений в нижних конечностях и варикозного расширения вен. Все эти изменения приводят к ограничению трудоспособности пациента, что позволяет рассматривать пластику передней брюшной стенки как операцию, направленную на коррекцию не только эстетических деформаций, но и функциональных нарушений [3, 4, 5, 7].

Поэтому актуально и даже необходимо дополнение герниопластики дерматоллипэктомией, что направлено на восстановление морфологического состояния брюшной стенки, предшествующего тем изменениям, которые с ней произошли в результате беременности, перенесенных оперативных вмешательств, длительного грыженосительства, ожирения [6, 8].

Цель исследования: оптимизация комплексного лечения тучных больных с вентральными грыжами путем сравнительного анализа результатов хирургического лечения.

Материалы и методы. Работа основана на анализе результатов герниопластики у 164 больных послеоперационными, рецидивными и первичными вентральными грыжами, страдающих ожирением. Все операции были выполнены в хирургическом отделении клиники СамМИ в сроки с 2007 по 2013 год. Больные были разделены на две группы: контрольная группа (72 - 43,9%) и основная группа (92 - 56,1%). Пациентам контрольной группы производилась классическая герниопластика местными тканями и протезирующими материалами по показаниям. В основной группе пациентам выполнялась герниопластика с использованием сетчатых имплантатов с дополнением дерматолипидэктомии. Из 164 больных мужчин составило - 50 (30,5%), женщин - 114 (69,5%). Распределение по возрасту: до 45 лет - 35 (21,3%), 46-59 лет - 87 (53,0%), 60-74 лет 39 (23,8%), 75-90 лет - 3 (1,8%). Сопутствующая патология несколько чаще встречалась у пациентов основной группы (табл. 1).

Пациентов по степеням птоза передней брюшной стенки распределяли по классификации А. Matarasso (1989 г.). Минимальный и средний птоз (I-II степень) отмечено у 36 и 42 больных с ожирением I-II и III-IV степени соответственно. Умеренный и выраженный птоз (III-IV степень) отмечено у 51 и 35 больных ожирением I-II и III-IV степени соответственно (табл. 2).

Важнейшими факторами определяющим хирургическую тактику, является локализация

грыжи, размер дефекта и наличие рецидивов в анамнезе. Согласно классификации Chervel J.P. и Rath A.M. (1999 г.) у 53 (32,3%) больных были большие (W_3) и гигантские (W_4) грыжи. У подавляющего большинства больных (118 - 71,9%) были надпупочные (M_1) и околопупочные (M_2) грыжи. Наименьшее количество больных были вентральными грыжами бокового (L) и сочетанного (M+L) расположения. Из 164 больных у 115 (70,1%) были первичные (R_0) и у 49 (29,9%) больных рецидивные (R_n) грыжи. Схематичное распределение больных по локализации грыжи, размер дефекта и количество рецидивов представлено в таблице 3.

Всем больным проводилась общеклинические, биохимические исследования. Измерение внутрибрюшного давления до и после операции. Электрокардиография и ультразвуковое исследование брюшной полости выполнялись всем 164 больным. Эхокардиографию проводили по показаниям, страдающим ишемической болезнью сердца. Оценивались основные показатели как ударный объем и сердечный выброс. Одним из важных моментов, определяющих исход оперативного вмешательства, следует считать качество предоперационной подготовки. Пациентам с большими и гигантскими вентральными грыжами назначали бесшлаковую диету, с целью профилактики abdominal compartment syndrome (ACS) проводилась тренировка сердца и легких к работе в условиях повышенного внутрибрюшного давления.

Таблица 1.

Распределение больных по сопутствующей патологии

Показатели	Группы больных			
	Контрольная группа		Основная группа	
	Кол.	%	Кол.	%
<i>Гипертоническая болезнь</i>	43	59,7	56	60,9
<i>Ишемическая болезнь сердца</i>	17	23,6	24	26,1
<i>Хроническая обструктивная болезнь легких</i>	8	11,1	7	7,6
<i>Сахарный диабет</i>	3	4,2	5	5,4
<i>Варикозная болезнь нижних конечностей</i>	9	12,5	4	4,3

Таблица 2.

Распределение пациентов по степени абдоминоптоза и степени ожирения

Абдоминоптоз Ожирение	Группы больных			
	Контр. группа		Основ. группа	
	I-II	III-IV	I-II	III-IV
<i>I-II</i>	12	21	24	30
<i>III-IV</i>	19	20	23	15

Таблица 3.

Распределение больных по локализации грыжи, размер дефекта и количество рецидивов

Размер дефекта						
Локализация грыжи		W ₁	W ₂	W ₃	W ₄	Всего
M ₁		R ₀ -11	R ₀ -22	R ₀ -10	R ₀ -	R ₀ -43
		R ₁ -	R ₁ -4	R ₁ -2	R ₁ -1	R ₁ -7
		R ₂ -	R ₂ -1	R ₂ -2	R ₂ -1	R ₂ -4
		R ₀ -15	R ₀ -22	R ₀ -5	R ₀ -	R ₀ -42
M ₂		R ₁ -1	R ₁ -9	R ₁ -1	R ₁ -1	R ₁ -12
		R ₂ -	R ₂ -1	R ₂ -2	R ₂ -5	R ₂ -8
		R ₃ -	R ₃ -	R ₃ -	R ₃ -2	R ₃ -2
		R ₀ -2	R ₀ -19	R ₀ -5	R ₀ -	R ₀ -26
M ₃		R ₁ -1	R ₁ -2	R ₁ -4	R ₁ -2	R ₁ -9
		R ₂ -	R ₂ -	R ₂ -	R ₂ -6	R ₂ -6
L		-	R ₀ -1	R ₀ -2	-	R ₀ -3
M+L		-	-	-	R ₀ -1	R ₀ -1
					R ₁ -1	R ₁ -1
Всего:		R ₀ -28	R ₀ -64	R ₀ -22	R ₀ -1	R ₀ -115
		R ₁ -2	R ₁ -15	R ₁ -7	R ₁ -5	R ₁ -29
		R ₂ -	R ₂ -2	R ₂ -4	R ₂ -12	R ₂ -18
		R ₃ -	R ₃ -	R ₃ -	R ₃ -2	R ₃ -2
		30	81	33	20	164

Пациентам контрольной группы в зависимости от локализации и размера грыжевого дефекта производилась герниопластика местными тканями и протезирующими материалами. При протезирующих пластиках трансплантат фиксирован по методике «onlay». При необходимости, с целью увеличения объема брюшной полости, для предупреждения развития ACS, пластика передней брюшной стенки выполнялась ненапряжным способом т.е. наложение сетки на апоневроз без его ушивания, а так же комбинированным способом - с добавлением мобилизации влагалищ прямых мышц живота по Ramirez (табл. 4). В основной группе разрез кожи проводилась по грыжевому выпячиванию. Затем подкожно-жировая клетчатка широко отсепа-

ровалась до апоневроза вокруг грыжевого мешка. После этого проводилась обработка грыжевого мешка, пластика грыжевых дефектов, устранение диастаза прямых мышц живота. Всем больным в основной группе применяли сетчатый имплантат. Для профилактики синдрома малого живота и дыхательной недостаточности по показаниям выполнялась ненапряжная герниоаллопластика без ушивания апоневроза или реконструкция брюшной стенки по Ramirez (табл. 5). После завершения пластики передней брюшной стенки выполняли дерматилипидэктомию, по линии предварительно нанесенную на переднюю брюшную стенку до операции, которая окаймляет грыжевое выпячивание, старый послеоперационный рубец и кожно-жировую складку.

Таблица 4.

Виды герниопластики в контрольной группе

Вид операции	Количество	%
Натяжные способы пластики		
Пластика по Сапежко	29	40,3
Пластика по Мейо	16	22,2
Имплантация эндопротеза по «onlay» с ушиванием дефекта	17	23,6
Ненатяжные способы		
Имплантация эндопротеза по «onlay» без ушивания дефекта	4	5,5
Комбинированный способ		
Реконструкция брюшной стенки по Ramirez с применением сетки по «onlay»	6	8,3
Всего	72	100

Вес избыточного кожно-жирового лоскута составлял от 4 до 12 кг. После завершения герниопластики всем больным в контрольной и основной группах над апоневрозом оставляли дренажную перфорированную трубку, свободные концы которой выводились ниже горизонтального разреза и фиксировались к коже и дренировали по Редону.

Больным в основной группе с целью профилактики раневых осложнений при эндопротезировании во время операции стремились к ликвидации пространств, в которых возможно скопление жидкости. Рекомендуемая постановка дренажей не всегда эффективна и часто сопровождается отделяемым из раны в течение длительного времени. Также дренажи являются инородным телом, могут сами по себе провоцировать экссудацию, а при длительной постановке повышать риск инфекционных осложнений. Для этого при ушивании раны использовали вертикальные П-образные швы с широким захватом подкожно-жировой клетчатки и с обязательной фиксацией к протезу и дну раны [4]. В послеоперационном периоде пациентам обеих групп назначалось бандажирование передней брюшной стенки, антибиотикопрофилактика, раннее вставание, дыхательная гимнастика, антикоагулянты, физиотерапия. Дренажную трубку удаляли в сроки от 2 до 8 суток под наблюдением УЗИ в динамике.

Результаты и их обсуждение. Для оценки эффективности результатов лечения больных в обсуждаемых группах в качестве основных критериев использовались следующие параметры сравнения:

1. Абдоминальные осложнения раннего послеоперационного периода.
2. Внеабдоминальные осложнения раннего послеоперационного периода.
3. Раневые осложнения в раннем послеоперационном периоде.
4. Отдаленные результаты хирургического лечения.

У больных обеих групп на этапах лечения, в динамике измеряли уровень внутрибрюшного давления. Исходя из полученных данных, были выявлены закономерные изменения показателей внутрибрюшного давления в сторону их повышения на этапах операции, связанные с погружением грыжевого содержимого и герниопластикой. Выполнение ненатяжной герниоаллопластики и комбинированной методики с мобилизацией прямых мышц по Ramirez, примененной 10 пациентам контрольной группы и 58 пациентам основной группы, которой достигается увеличение объема брюшной полости, позволило избежать повышения внутрибрюшного давления. У большинства пациентов после операции сохранялась нормальная функция ЖКТ, лишь у 3 больных в контрольной и у 1 больной в основной группе перенесших герниопластику по поводу гигантской вентральной грыжи отмечался парез кишечника, купированный медикаментозно. У 4 больных в контрольной группе и у 2 больных в основной группе наблюдали задержку мочи. В контрольной группе бронхолегочные осложнения наблюдались у 6, явления сердечной недостаточности у 5 больных, последние проявлялись низкими показателями артериального давления, учащением пульса, одышкой, из них в двух случаях (1,2% от общего количества больных) закончилась летальным исходом. В основной группе внебрюшинные осложнения наблюдали у 3 больных. Бронхолегочные осложнения наблюдались у 2, сердечная недостаточность у 1 больного в возрасте 59 лет, страдающего постинфарктным кардиосклерозом. Раневые осложнения в послеоперационном периоде в контрольной группе наблюдалось у 11 больных. В основной группе осложнения были у 3 пациентов (табл. 6).

Таким образом, наибольшее количество ранних послеоперационных осложнений наблюдалось у больных в контрольной группе. Наименьшее количество сердечно-легочных и местных осложнений после операции отмечено в основной группе больных.

Таблица 5.

Виды герниопластики в основной группе

<i>Вид операции</i>	<i>Количество</i>	<i>%</i>
Натяжные способы пластики		
<i>Имплантация эндопротеза по «onlay» с ушиванием дефекта + ДЛЭ</i>	34	36,9
Ненатяжные способы		
<i>Имплантация эндопротеза по «onlay» без ушивания дефекта + ДЛЭ</i>	44	47,8
Комбинированный способ		
<i>Реконструкция брюшной стенки по Ramirez с применением сетки по «onlay» + ДЛЭ</i>	14	19,4
<i>Всего</i>	92	100

Таблица 6.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде

Осложнения	Контрольная группа			Основная группа			Всего
	Натяжные способы герниопла- стики	Ненатяж- ные спосо- бы гернио- пластики	Комбини- рованный спо- соб	Натяж- ные спосо- бы гернио- пластики	Ненатяж- ные спосо- бы гернио- пластики	Комбини- рованный способ	
	без дерматопилидэктомией			с дерматопилидэктомией			
	Абдоминальные осложнения						
Парез ки- шечника	2	-	1	1	-	-	4
Задержка мочи	2	1	1	1	-	1	6
Внеабдоминальные осложнения							
Бронхоле- гочные осложнения	5	-	1	2	-	-	8
Сердечно- сосудистая недоста- точность	4 (2 летал)	1	-	1	-	-	6
Раневые осложнения							
Инфильтрат	1		2		1	-	4
Гематома		1					1
Серома	1	1	-	1	1		4
Лимфорей			1	-			1
Нагноение раны	1	1	-				2
Некроз края кожного лоскута	1		1				2
Всего		29 (40,3%)			9 (9,8%)		38 (23,8%)

В отдаленные сроки после оперативного вмешательства из 72 больных контрольной группы наблюдали 49 (68,0%), а из 92 больных основной группы наблюдали 76 (82,6%) в сроки с 1 года до 3 лет.

При динамическом наблюдении больных контрольной группы показатели массы тела существенных изменений не претерпели. У пациентов основной группы показатели абдоминального ожирения понесли глобальные изменения.

Это положительно сказалось на дальнейших жизненных перспективах, поскольку именно абдоминальный тип распределения жировой ткани, в наибольшей степени ассоциирующийся с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2 типа, претерпевает существенные изменения. При исследовании уровня гликемии у пациентов контрольной группы существенных изменений не было выявлено. У больных основной группы при исследовании уровня гликемии отмечалось достоверное снижение показателей после проведенного лечения. Превышения уровня глюкозы крови 6,1 ммоль/л у пациентов основной группы выявлено не было. В обеих группах исходно у 99 человек (60,4%)

имелась артериальная гипертензия различной степени. При динамическом наблюдении в отдаленном послеоперационном периоде у больных контрольной группы отмечено сохранение высоких цифр АД, с тенденцией к переходу в более тяжелые степени артериальной гипертензии. У больных основной группы отмечено снижение высоких цифр АД, с тенденцией к переходу в более легкие степени артериальной гипертензии (табл. 7).

Анализ результатов исследования, которое оценивало показатели качества жизни у больных основной группы, через 3 месяцев после операции отмечено улучшение качества жизни по всем компонентам исследования.

Таким образом, при выполнении герниопластики частота послеоперационных осложнений значительно выше, чем при использовании дерматолипидэктомии. Данный факт имеет принципиальное значение, так как при сравнимых характеристиках пациентов в группах применение липоабдоминопластики имеет существенные преимущества, как по объективным, так и по субъективным показателям для пациента.

Таблица 7.

Распределение больных по сопутствующей патологии в отдаленном послеоперационном периоде

Показатели	Группы больных					
	Контрольная группа			Основная группа		
	Кол.	%		Кол.	%	
		до опер.	в отд. периоде		до опер.	в отд. периоде
<i>Гипертоническая болезнь</i>	38	59,7	77,5	23	60,9	30,3
<i>Ишемическая болезнь сердца</i>	16	23,6	32,6	11	26,1	14,5
<i>Хроническая обструктивная болезнь легких</i>	8	11,1	16,3	2	7,6	2,6
<i>Сахарный диабет</i>	3	4,2	6,1	1	5,4	1,3
<i>Варикозная болезнь нижних конечностей</i>	7	12,5	14,3	1	4,3	1,3

Выводы: Особенностью клинического течения у больных с вентральными грыжами и ожирением является наличие сопутствующей патологии, что требует особой предоперационной подготовки.

Ненатяжная герниоаллопластика и комбинированная герниопластика с мобилизацией прямых мышц живота по Ramirez в сочетании с дерматоллипидэктомией является оптимальным видом герниопластики у пациентов с ожирением. Надежность пластики грыжевых ворот обеспечивается за счет полипропиленового протеза, а выполнение ненатяжной герниоаллопластики и комбинированной методики позволило избежать повышения внутрибрюшного давления за счет увеличения объема брюшной полости.

В результате применения дерматоллипидэктомии удалось снизить количество осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде. Раневые осложнения снизились с 15,3% до 3,3%, со стороны органов сердечно-сосудистой системы - с 86,9% до 47,2%. Рецидивов заболевания и летальных исходов не было.

Герниопластика и дермоллипэктомия, позволяют избавить пациента не только от физических страданий и неудобств, связанных с ним, но и от состояния психологического дискомфорта, возвращают их к полноценной жизни, сокращают период социально-трудовой реабилитации.

Литература:

1. Алишанов С.А. Профилактика и лечение осложнений абдоминопластики. Автореферат кандидата медицинских наук. Москва 2007 г.
2. Егиев В.Н., Чижов Д.В. Проблемы и противоречия «ненатяжной» герниопластики. //Герниология 2004; №4; С. 3-7.
3. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота. «МИА» Москва 2005 г. С. 296-358.
4. Кукош М.В., Власов А.В., Гомозов Г.И. Профилактика ранних послеоперационных осложнений при эндопротезировании вентральных грыж. //Новости хирургии 2012; Том 20 №5; С. 32-37.
5. Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С., Рахманов К.Э., Кан С.А. Наружные грыжи живота и их

осложнения: Метод. рекомендации // Ташкент.- 2014.-84 с.

6. Олейничук А.С. Особенности хирургического лечения вентральных грыж у больных с избыточной массой тела и ожирением. Диссертация кандидата медицинских наук. Москва 2010 г.

7. Тешаев О.Р., Хайитов И.Б., Сапаев Д.А., Дадажонов Э.М., Тавашаров Б.Н. Абдоминопластика послеоперационных вентральных грыж у больных с ожирением III-IV степени // Проблемы биологии и медицины. – 2011. - №3(66). – стр. 124-127.

8. Федоров Ю.Ю. Современная концепция абдоминопластики //Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.- 2002.- №4.- С.114.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ

К.Э. РАХМАНОВ, З.Б. КУРБАНИЯЗОВ,
С.С. ДАВЛАТОВ, З.Н. НАЗАРОВ, С.А. КАН,
А.А. ЭГАМБЕРДИЕВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Особенностью клинического течения у больных с вентральными грыжами и ожирением является наличие сопутствующей патологии, что требует особой предоперационной подготовки. В результате применения дерматоллипидэктомии удалось снизить количество осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде. Раневые осложнения снизились с 15,3% до 3,3%, со стороны органов сердечно-сосудистой системы - с 86,9% до 47,2%. Рецидивов заболевания и летальных исходов не было.

Ключевые слова: Ожирение, вентральная грыжа, дерматоллипидэктомия, герниоаллопластика.