

Хашимов Б.Б., Аутлев К.М., Кручинин Е.В., Иванов В.В., Янин Е.Л.

Частота возникновения грыж передней брюшной стенки у пациентов с морбидным ожирением

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1», г. Тюмень

Hashimov B.B., Autlev K. M., Kruchinin E.V., Ivanov V.V., Yanin E.L.

The incidence of anterior abdominal wall hernias in patients with morbid obesity

Резюме

По данным отечественных и зарубежных исследователей свыше 5% всех лапаротомий осложняются развитием послеоперационных вентральных грыж. Одной из причин возникновения послеоперационных вентральных грыж является наличие ожирения. Среди больных с вентральными грыжами пациенты с морбидным ожирением относятся к наиболее тяжелой и сложной категории в лечении. Частота рецидивов послеоперационных вентральных грыж у больных с ожирением, может достигать 64%, а по данным отдельных сообщений - до 92%. Цель исследования: изучить частоту морбидного ожирения у пациентов с вентральной грыжей. Материалы и методы исследования. Изучены медицинские карты стационарных больных за 2013-2016 г.г. в архиве хирургического стационара ГБУЗ ТО ОКБ №1 (г.Тюмень). Результаты исследования и их обсуждение. В 72 % случаев у таких пациентов имеется ожирение и в 31% наблюдается метаболический синдром, обусловленный морбидным ожирением. У пациентов с большими и гигантскими послеоперационными вентральными грыжами – в 21 % имел место рецидив грыжи. Выводы. В результате данного исследования у больных с вентральными грыжами, отмечается большой процент случаев с морбидным ожирением, что может обусловить патогенезом повышения внутрибрюшного давления у данной категории больных.

Ключевые слова. Вентральная грыжа, ожирение, рецидив, операция

Summary

According to domestic and foreign researchers more than 5% of all laparotomies are complicated by the development of postoperative ventral hernias. One of the reasons for the occurrence of postoperative ventral hernia is the presence of obesity. Among patients with ventral hernias patients with morbid obesity are among the most difficult categories of treatment. The recurrence rate of incisional hernias in obese patients can reach 64%, and according to individual messages - up to 92%. Objective. to study the incidence of morbid obesity in patients with ventral hernia. Materials and methods. Studied medical cards of inpatients for 2013-2016. files surgical hospital. The results of the study and their discussion. In 72% of cases these patients have obesity, and 31% have a metabolic syndrome caused by morbid obesity. In patients with large and giant postoperative ventral hernias is 21 % were recurrent hernias. Conclusions. The result of this study, patients with ventral hernias, there is a high percentage of cases with morbid obesity that may lead to the pathogenesis of increase intra-abdominal pressure in these patients. **Key words.** Ventral hernia, obesity, recurrence, surgery

Введение

На сегодняшний день грыжи передней брюшной стенки живота остаются одной из самых распространенных хирургических патологий. Вентральные грыжи встречаются у 3-7 % населения, что составляет 50 на 10.000 человек. Среди всех хирургических вмешательств по частоте грыжесечения занимают второе место после аппендэктомии. В США ежегодно выполняется более 700000 грыжесечений, в России - 200000, во Франции - 110000, в Великобритании -80000. По данным отечественных и

зарубежных исследователей свыше 5% всех лапаротомий осложняются развитием послеоперационных вентральных грыж. У больных, перенесших аппендэктомию, грыжи возникают в 6% наблюдений, после холецистэктомии у 14%. Особенно часто послеоперационные грыжи отмечаются у больных, перенесших оперативное вмешательство в порядке оказания экстренной помощи-33%.Особенно неблагоприятная ситуация складывается у больных с послеоперационными грыжами, частота рецидивов при которых колеблется, по данным разных авторов, от 15,2 до

54,8%. Помимо недостаточной медицинской грамотности населения, неблагоприятных социальных условий, имеет значение тот факт, что многие пациенты с возникшим рецидивом после герниопластики не решаются на повторную операцию, боясь нового рецидива. Летальность после плановых грыжесечений невелика, она не превышает 0,06%, летальность при операциях по поводу ущемленных грыж достигает 3%. Особенно высокая летальность при ущемлении больших и гигантских послеоперационных ventральных грыж до 21%.

Одной из причин возникновения послеоперационных ventральных грыж является наличие ожирения. Пациенты, имеющие ожирение различной степени, составляют от 50 до 70% всех больных с послеоперационными ventральными грыжами, в 34 % у пациентов имеется морбидное ожирение, в 23% имеется рецидив грыжи. Ожирение с одной стороны, предрасполагает к формированию грыжи, с другой - прогрессирует при ее появлении. То есть ожирение как этиологический фактор в появлении, или рецидивах ventральных грыж признается неоспоримо. Среди больных с ventральными грыжами пациенты с морбидным ожирением относятся к наиболее тяжелой и сложной категории в лечении. Частота рецидивов послеоперационных ventральных грыж у больных с ожирением, может достигать 64%, а по данным отдельных сообщений - до 92%. Все это требует проведения специальных научных исследований в условиях клиники.

Цель исследования: Изучить частоту морбидного ожирения у пациентов с ventральной грыжей.

Материалы и методы

Изучены медицинские карты стационарных больных за 2013 -2016 г.г. в архиве хирургического стационара ГБУЗ ТО ОКБ №1. Всем пациентам, поступившим с диагнозом грыжи передней брюшной стенки, выполнены лечение. При оперативном лечении пупочной грыжи, использованы методы апоневротической герниопластики полиспаственными швами, апоневротической герниопластики монофиламентной нитью и эндопротезирование полипропиленовой сеткой. При оперативном лечении паховой грыжи использованы методы герниопластики пахового канала по методу Шулдиса и по методу Лихтенштейна, лапароскопическая герниопластика паховых грыж. При оперативном лечении послеоперационных ventральных грыж, использовались методы апоневротической герниопластики полиспаственными швами, апоневротической герниопластики монофиламентной нитью, герниопластики полипропиленовой сеткой, лапароскопическая герниопластика способом «in-lay».

С 2005 года внедрены хирургические методы лечения морбидного ожирения. При этом использованы следующие методики: билиопанкреатическое шунтирование, лапароскопическое бандажирование желудка, лапароскопическая продольная резекция желудка (слив-резекция).

Результаты и обсуждение

В изучении проблемы морбидного ожирения и с грыжами передней брюшной стенки хирургическое от-

деление ГБУЗ ТО ОКБ №1 занимается с 2005 года. С 2013 по 2016 г.г. в отделении хирургии ГБУЗ ТО ОКБ №1 было выполнено 2667 операции, больным с грыжами передней брюшной стенки. Из них прооперированы с пупочными грыжами-618, паховые грыжи-1244, послеоперационные ventральные грыжи-805. Нами была изучена частота ожирения у больных с грыжами передней брюшной стенки. В 72 % случаев у таких пациентов имеется ожирение и в 31% наблюдается метаболический синдром, обусловленный морбидным ожирением (заболевание, ассоциированные с ожирением, метаболические нарушения, в целом приводящие к нарушению регенерации тканей). У пациентов с большими и гигантскими послеоперационными ventральными грыжами в 21 % имел место рецидив грыжи. Частота рецидивов послеоперационных ventральных грыж при применении как аутопластических методов, так и при применении синтетических имплантатов продолжает оставаться высокой и достигает от 13,5 до 44% [7-9]. Пациенты, имеющие ожирение различной степени составляют от 50 до 70% всех больных с послеоперационными ventральными грыжами [2]. Среди них пациенты с морбидным ожирением относятся к наиболее сложной категории в лечении. Частота рецидивов послеоперационных ventральных грыж у таких больных может достигать 64% [4], так как известно, что ожирение является доминирующим фактором грыжеобразования. По данным отдельных авторов частота рецидивов может достигать 92% [6]. Для обеспечения удовлетворительных результатов, т. е. приближения к результатам у больных с нормальным весом, при лечении больных с послеоперационными ventральными грыжами и морбидным ожирением, снижение избыточной массы тела является определяющим, так как ожирение является причиной высокой частоты рецидивов грыжи [3]. Однако морбидное ожирение практически не поддается медикаментозному лечению [11], поэтому в настоящее время является актуальным использование хирургических способов коррекции избыточной массы тела [10, 12]. В объединении грыжесечения и бариатрической хирургии создается комплексный подход в лечении больных с послеоперационными ventральными грыжами, который позволит поднять эффективность лечения этих больных на новый уровень. В целях улучшения результатов лечения послеоперационных ventральных грыж у больных с морбидным ожирением проведен анализ результатов лечения 50 пациентов в возрасте от 43 до 71 лет с послеоперационными грыжами на фоне морбидного ожирения, которым была выполнена комплексная операция, включающая грыжесечение с пластикой грыжевого дефекта полипропиленовым сетчатым имплантатом и бариатрическую операцию билиопанкреатическое шунтирование. Для оценки эффективности результатов лечения больных в исследуемой нами группе, в качестве основных критериев использовались показатель частоты рецидива грыжевого выпячивания, динамика антропометрических показателей (вес, ИМТ) и внутрибрюшное давление. Особенностью оперативного лечения у пациентов исследуемой группы было выполнение пластики грыжевого дефекта брюшной стенки

полипропиленовым сетчатым имплантатом в комплексе с бариатрической операцией билиопанкреатическим шунтированием. Пластика дефекта брюшной стенки выполнялась с соблюдением принципа «без натяжения» с использованием полипропиленового сетчатого имплантата. Выбор бариатрической операции обусловлен эффективностью и стабильностью снижения избыточной массы тела при отсутствии ограничений в питании, что обеспечивает операция билиопанкреатическое шунтирование. Кроме того, для применения билиопанкреатического шунтирования нет ограничения для пациентов в возрасте, как при других бариатрических операциях. При динамическом наблюдении больных исследуемой группы отмечалось снижение массы тела у всех пациентов в среднем на 43,5 кг (31,2%) к концу первого года после операции, что является решающим фактором профилактики грыжеобразования и рецидивов грыж. Для оценки динамики внутрибрюшной гипертензии, как возможного основного фактора риска рецидива грыжевого выпячивания, проводили измерение внутрибрюшного давления перед операцией и в послеоперационном периоде. Средний показатель внутрибрюшного давления у больных исследуемой группы в предоперационном периоде составлял $45,16 \pm 0,75$ мм рт. ст. В среднем уровень внутрибрюшного давления через 12 месяцев после операции составил $33,03 \pm 0,61$ мм рт. ст. Полученные данные о динамике ВБД у больных исследуемой группы свидетельствовали о прямой зависимости этого показателя от динамики показателей массы тела и ИМТ. В итоге со снижением уровня ВБД к нормальным показателям вследствие уменьшения избыточной массы тела, создаются благоприятные условия для репаративных процессов в зоне грыжесечения, что сказывается на значительном уменьшении риска рецидива заболевания. Заключение. При оценке отдаленных результатов основное внимание обращалось на частоту рецидивов грыжевого выпячивания. Из 50 больных исследуемой группы рецидив грыжи выявлен у одного пациента, возникший через 1 год после операции, т. е. частота рецидивов грыжи у пациентов данной группы составила 4,9%. Включение в комплекс лечения послеоперационных вентральных

грыж у больных с морбидным ожирением бариатрической операцией билиопанкреатического шунтирования, позволило снизить частоту рецидивов с 64% до 4,9%. Применение комплексной операции, включающей грыжесечение, пластику грыжевого дефекта с использованием полипропиленового сетчатого имплантата и билиопанкреатическое шунтирование, улучшает результаты оперативного лечения послеоперационных вентральных грыж у пациентов с морбидным ожирением, о чем свидетельствует достоверное снижение процента рецидивов до 4,9%. Применение комплексной операции, включающей билиопанкреатическое шунтирование в лечении пациентов с послеоперационными вентральными грыжами в сочетании с морбидным ожирением, приводит к стойкому снижению массы тела в среднем на 31,2%, снижению средних показателей индекса массы тела на 30,6%.

Заключение

В результате данного исследования у больных с вентральными грыжами, отмечается большой процент случаев с морбидным ожирением, что может обусловить патогенезом повышения внутрибрюшного давления у данной категории больных. ■

Хашимов Бахрам Бахадирович - аспирант кафедры хирургии ФПК и ППС при ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень. Аутлев Казбек Меджидович - д.м.н., заведующего кафедры хирургии ФПК и ППС ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень. Кручинин Евгений Викторович - к.м.н., доцент кафедры общей хирургии ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень. Иванов Вячеслав Вадимович - к.м.н., заведующий хирургическим торакальным отделением №2 ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1», г. Тюмень. Янин Евгений Леонидович - к.м.н., заведующий операционным блоком ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1», г. Тюмень. Автор, ответственный за переписку - Кручинин Евгений Викторович, 625026, г. Тюмень, ул. Одесская, 54, тел. раб. (3452) 90-01-91; сот. 8-912-926-82-43, e-mail: drkru@mail.ru

Литература:

1. Абалмасов А.В. Полипропилен в лечении послеоперационных вентральных грыж / А.В. Абалмасов, Е.И. Свешников, В.А. Абалмасов, В.Д. Затапокин // Герниология. – 2006. – № 3. – С. 6.
2. Алиев Ф.Ш. Взгляд на механическую прочность клипечного анастомоза / Ф.Ш. Алиев, И.А. Чернов, О.А. Молокова, А.И. Кечеруков, В.Э. Понтер, А.А. Барадуллин. // Бюллетень сибирской медицины. 2003. № 2. С. 89.
3. Алиев Ф.Ш. Разработка способа хирургической реабилитации пациентов с кишечными стомами / Ф.Ш. Алиев, Е.Г. Бакшеев, М.А. Далгатова. // Медицинская наука и образование Урала. 2010. Т. 11. № 2-2 (62). С. 9-10.
4. Аутлев К.М. Внутрибрюшное давление у пациентов с морбидным ожирением бариатрических операциях / К.М. Аутлев, Е.В. Кручинин, В.В. Иванов, Б.Б. Хашимов, Е.Л. Янин, В.А. Матусов, А.С. Тихонова. // Медицинская наука и образование Урала. 2016. Т. 17. № 3 (87). С. 84-86.
5. Аутлев К.М. Особенности лечения послеоперационных вентральных грыж при морбидном ожирении / К.М. Аутлев, В.В. Иванов, В.С. Носков, Е.В. Кручинин, А.Р. Юсупов, Е.Л. Янин. // Медицинская наука и образование Урала. 2011. Т. 12. № 3-1. С. 108-110.
6. Аутлев К.М. Профилактические моменты возник-

- новения послеоперационных вентральных грыж у пациентов с морбидным ожирением / К.М. Аутлев, Б.Б. Хашимов, Е.В. Кручинин, В.В. Иванов, А.В. Сидоренко. // Медицинская наука и образование Урала. 2016. Т. 17. № 3 (87). С. 60-62.
7. Богдан В.Г. Способ аллопластики передней брюшной стенки у пациентов с морбидным ожирением / В.Г. Богдан, Н.Н. Дорах, Ю.М. Гамп // Герниалогия. – 2008. – №4. – С. 31-32.
 8. Иванов В.В. Лечение гигантских послеоперационных вентральных грыж у больных с морбидным ожирением / В.В. Иванов, К.М. Аутлев, Е.В. Кручинин. // Медицинская наука и образование Урала. 2010. Т. 11. № 3. С. 103-105.
 9. Кечеруков А.И. Хирургическое лечение геморроя в условиях поликлиники / А.И. Кечеруков, Р.В. Зиганшин, Ф.Ш. Алиев. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 1999. № 11. С. 26.
 10. Янин Е.Л. Возникновение послеоперационных вентральных грыж у пациентов с ожирением, перенесших холецистэктомию с билиопанкреатическим шунтированием / Е.Л. Янин, К.М. Аутлев, Е.В. Кручинин, В.С. Носков, В.В. Иванов. // Вопросы диетологии. 2015. Т.5. № 1. С. 31-33.