

УДК: 616-001.4-036.12-085.8

ОЖИРЕНИЕ КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КРИТЕРИЙ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ПОНЯТИЕ «СЛОЖНОЙ» ГРЫЖИ ПАХОВОЙ ОБЛАСТИ

Растегаев Александр Вячеславович, Дворянкин Дмитрий Владимирович, Рафиков Бехбуджон Рустамович, Хафизов Владислав Вадимович
ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А.М. Никифорова МЧС России»
Санкт-Петербург

ЧОВ СОҶАСИ “МУРАККАБ” ЧУРРАСИ ТУШУНЧАСИДА СЕМИЗЛИК ҚЎШИМЧА МЕЗОН СИФАТИДА

Растегаев Александр Вячеславович, Дворянкин Дмитрий Владимирович, Рафиков Бехбуджон Рустамович, Хафизов Владислав Вадимович
ФДБМ “Россия ФЖ А.М. Никифоров номидаги Бутунроссия шошилич ва радиацион тиббиёт маркази”, Россия
Федерацияси, Санкт-Петербург ш.

OBESITY AS AN ADDITIONAL CRITERION DEFINING THE CONCEPT OF A "COMPLEX" INGUINAL HERNIA

Rastegaev Alexander Vyacheslavovich, Dvoriankin Dmitrii Vladimirovich, Rafikov Bekhbudjon Rustamovich, Hafizov Vladislav Vadimovich
The Federal State Budgetary Institute «The Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine»
Saint-Petersburg

e-mail: alex281279@yandex.ru

Резюме. Ушбу мақола ортиқча тана вазнининг операциядан кейинги асоратларга таъсирини ўрганишни, операция давомийлигини, касалхонага ётқизиш муддатини ва шунинг учун “мураккаб” чурраларни даволаш учун тактикани танлашда оптимал тактикани аниқлашни ўз ичига олади.

Калит сўзлар: Мураккаб чурралар, ингуинал чурра, семизлик.

Abstract. This article includes the study of the effect of overweight on postoperative complications, the duration of surgery, the duration of hospitalization, and consequently, the determination of the optimal tactics for the treatment of "complex" inguinal hernias.

Key words: Complex hernias, inguinal hernia, obesity.

Актуальность исследования. Понятие «сложные грыжи» часто встречается в литературе. Обсуждаются различные критерии включения в эту категорию. Так, в одном из исследований, опубликованных в последнее время, такие критерии разделены на 4 категории и три степени тяжести: 1 категория сложности, которая основана на размере и локализации грыжи; 2 категория – контаминация и состояние местных тканей; 3 категория – анамнез (история болезни) и факторы риска; 4 - клинический сценарий (данные объективного осмотра). В каждой из категорий определяется степень тяжести и выводятся три категории степени тяжести «сложных грыж» брюшной стенки как легкой, средней и тяжелой степени [1]. Такой подход имеет место не только для грыж паховой области, но и для других грыж брюшной стенки и помогает выделить группы пациентов с тактикой лечения, приносящей лучшие результаты.

В статье [2] автор упоминает о важности выделения понятия «сложная» грыжа в отдельную категорию, имеющую особенности по тактике ведения больного. К ним относят следующие группы: 1) рецидивные грыжи после традиционных операций; 2) двусторонние и комбинированные паховые грыжи; 3) пахово-мошоночные грыжи; 4) скользящие грыжи; 5) фиксированные и невправимые грыжи; 6) рецидивные грыжи после эндовидеохирургической герниопластики. В нашем исследовании, мы считаем необходимым дополнить понятие сложные грыжи отдельной категорией – «больные с ожирением 2-3 степени», ввиду перечисленных ниже параметров, определяющих технические сложности их лечения. Так, избыточная масса тела является темой для обсуждения патогенеза грыж, как грыж паховой области, так и послеоперационных и других вентральных грыж. К примеру, при ИМТ выше 30 снижается риск образования грыж паховой области, но увеличивается вероятность рецидива [3]. В другом исследовании, проведенном в Sahlgrenska University Hospital, Sweden, на группе из 49094 пациентах показано, что из них, только 5.2% с ИМТ>30кг/м² [4]. При этом, риск послеоперационных рецидивов оказался значительно выше >30кг/м² как при открытых операциях, так и при эндовидеохирургических способах пластики. Причем, эта предрасположенность к меньшему риску образования грыж не связана с распределением жировой ткани, а исключительно зависит от ИМТ [5]. В другом исследовании, проведенном на группе из 47950 пациентов, показано, что с повышением ИМТ уменьшается количество грыж паховой области, но при этом увеличивается риск их осложненных форм. И в дополнение, отмечено, что такие факторы, как: возраст, мужской пол, европеоидная раса, курение табака, употребление алкоголя и высокий индекс коморбидности повышают вероятность грыжеобразования [6]. Сравнивая открытые и эндоскопические методы пластики грыж паховой области на группе из 64501 пациентов в Tripler Army Medical Centre, было установлено, что ранние послеоперационные осложнения в виде глубокой раневой инфекции, чаще возникают у больных при открытой пластике, в том числе и у пациентов с ожирением ИМТ>30 кг/м² [7]. Другой актуальной проблемой в определении хирургической тактики – это наличие симптоматической грыжи и решение вопроса о необходимости ее симультанного устранения. Этот вопрос активно обсуждается в литературе [8], а его решение основа-

но на оценке нескольких факторов риска: 1- прогрессирующее грыжи; 2 – вероятность возможных осложнений; 3 – безопасность симультанного устранения.

Цель исследования. Целью нашего исследования является изучение влияния избыточной массы тела на послеоперационные осложнения, продолжительность операции, длительность госпитализации, а, следовательно определение оптимальной тактики лечения «сложных» грыж паховой области, необходимость симультанной операции при бессимптомных контралатеральных грыжах.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено на базе ВЦЭРМ им А.М. Никифорова госпиталь МЧС России. В исследовании приняли участие 1267 пациентов с грыжами паховой области. Из них, ИМТ <30кг/м² – 1092 (86,2%) больных; 158 (12,5%) больных с ИМТ 30-34,9кг/м² (1 степень ожирения); у 12 (0,9%) ИМТ – 35-39,9кг/м² (2 степень ожирения); и 5 (0,4%) с ИМТ >40кг/м². Для устранения грыжевого дефекта использовались следующие такие способы как ТЕР (total extraperitoneal) – у 469 (37,0%) пациентов; TAPP (transabdominal preperitoneal) у 311 (24,5%); пластика по Лихтенштейну и его модификации – у 339 (26,8%) пациентов; и у 148 (11,9%) использовались другие модификации, в том числе местными тканями.

С целью профилактики системных осложнений, всем больным, в соответствии с протоколом утвержденном в нашем учреждении проводилась профилактика тромбоземболии легочной артерии в виде введения низкомолекулярных гепаринов, компрессионного трикотажа и ранней мобилизации. Кроме того, обязательным являлась периоперационная антибиотикопрофилактика, которая могла переходить в послеоперационную антибиотикотерапию, при наличии показаний. Для выявления ранних рецидивов или раневых осложнений использовался метод ультразвуковой диагностики области операции.

В ходе исследования проводилась сравнительная характеристика больных по различным факторам риска послеоперационных осложнений, скорости восстановления, перехода на амбулаторный этап лечения и субъективным болевыми ощущениями после операции.

Результаты исследования. Средняя продолжительность операции у групп пациентов, в зависимости от индекса массы тела и выбранного способа операции представлены на рисунке 1. Как следует из рисунка 1, продолжительность операции увеличивается с увеличением массы тела больного, а также продолжительнее при ТЕР пластике.

При этом, как показано на рисунке 2, продолжительность госпитализации, а, следовательно, и ранняя реабилитация, и выход на амбулаторный этап лечения минимальный по времени у пациентов, также перенесших ТЕР пластику. Количество рецидивов грыжи у при ТЕР пластике – 8 (1,7%); при TAPP 8 (2,5%); по Лихтенштейну – 6 (1,7%).

Общие послеоперационные раневые осложнения (серомы, гематомы) для группы больных, не страдающих ожирением – 2%, у больных 1 степени ожирения – 5%, 2 степени ожирения – 10%, 3 степени ожирения – 16%. Выраженность послеоперационного болевого синдрома на первый день после операции оценивалась по шкале от 1 до 10, и составляла 2; 5; 7 и 7 в группах с нормальной массой тела, 1 степенью, 2 степенью и 3 степенью ожирения соответственно.

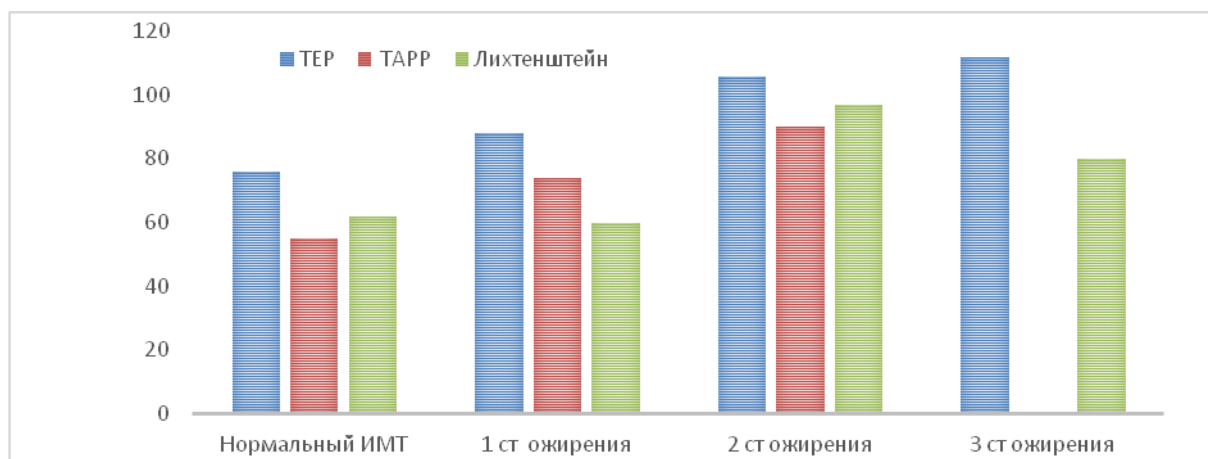


Рис. 1. Средняя продолжительность операции в минутах у пациентов различных весовых категорий

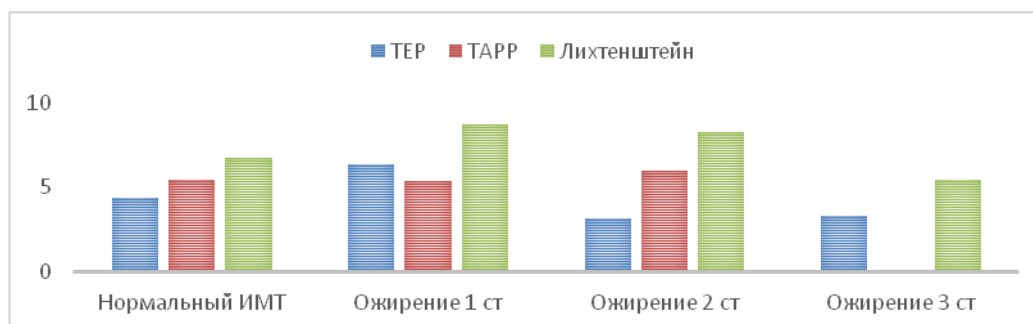


Рис. 2. Средняя продолжительность госпитализации в днях

Обсуждение. Таким образом, проанализировав полученные данные можно отметить, что при увеличении индекса массы тела возрастает продолжительность операции, не беря в расчет время на операционном столе связанное с подготовкой к операции, процесс ввода в наркоз и вывода из наркоза. Так, по полученным данным, средняя продолжительность операции при ТЕР пластике у больных в группе без ожирения составила 76 минут, 1 степень ожирения – 88 минут, 2 степень ожирения – 106 минут и 3 степень - 122 минуты. В графике, демонстрирующем средний послеоперационный койко-день нет четкой зависимости между степенью ожирения и длительностью госпитализации. Последнее объясняется недостоверностью данных из-за разных источников оплаты лечения (из бюджета, страховыми компаниями или пациентом), а, следовательно, разными возможностями для продолжительности госпитализации. Сравнивая частоту послеоперационных раневых осложнений наблюдается четкая тенденция к увеличению вероятности образования сером или гематом с увеличением степени ожирения, что находит подтверждение и в данных литературы. Стоит отметить, что вероятность образования раневых осложнений значительно больше при пластике открытыми способами, по сравнению с эндовидеохирургическими. Наивысшие баллы болевых ощущений по шкале от 1 до 10 отмечались у больных страдающих ожирением 2 и 3 степени и на первый день после операции составлял – 7 баллов, больше чем при низком ИМТ. Резюмируя наши результаты и сопоставляя их с данными мировой литературы мы можем отметить, что операции у пациентов с ИМТ более 34,9 сопровождаются большим риском послеоперационных осложнений, рецидивов, выраженным болевым синдромом, значительными техническими трудностями визуализации анатомических структур и риском осложнений сопутствующих ожирению заболеваний. Поэтому мы склоняемся к выделению дополнительного критерия «сложные» грыжи у больных с ожирением. При этом, сами паховые грыжи встречаются значительно реже у больных с ИМТ более 30кг/м² и зачастую не проявляются никакими симптомами (асимптоматические) грыжи. В таких грыжах зачастую обнаруживается предбрюшинная липома или липома семенного канатика, которые обтурируют внутреннее паховое кольцо или треугольник Гессельбаха, не давая грыже развиваться далее. Так, у одного из наших пациентов, липома семенного канатика достигала 300 мг и опускалась в мошонку, как косая пахово-мошоночная грыжа и была успешно удалена при ТЕР пластике. Учитывая вышеизложенные риски и недостатки операций на паховой области у больных с ИМТ более 34,9 мы рассматриваем двухэтапное лечение таких пациентов как вариант улучшения результатов операций. Так, первым этапом рекомендуется снижение массы тела по одной из методик консервативной терапии (диета, орнистат и др.) или хирургической (желудочный баллон, бариатрическая операция), и при достижении целевого значения ИМТ <34,9кг/м² – выполнение операции герниопластики эндовидеохирургическим методом на втором этапе.

Выводы.

1. Отмечается прямая зависимость между степенью ожирения и продолжительностью операции устранив грыжи паховой области.
2. При увеличении ИМТ повышается вероятность послеоперационных осложнений в виде раневых осложнений, болевого синдрома. Следовательно, двухэтапное лечение после достижения целевого ИМТ <34,9 является предпочтительным.
3. Эндовидеохирургические методы герниопластики являются предпочтительными по сравнению с открытыми, однако требуют технического оснащения и специально обученного персонала.
4. Дополнительным важным критерием понятия «сложные» грыжи является ожирение при индексе массы тела более 34,9кг/м².

Литература:

1. Slater NJ et al Criteria for definition of a complex abdominal wall hernia. *Hernia*. 2014 Feb;18(1):7-17.
2. В.В. Стрижелецкий, А.Б. Гуслев, Г.М. Рутенбург Особенности эндовидеохирургического лечения сложных форм паховых грыж, 2 С.-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова.
3. Ruhl CE, Everhart JE. Risk factors for inguinal hernia among adults in the US population. *Am J Epidemiol*. 2007 May 15;165(10):1154-61. doi: 10.1093/aje/kwm011. Epub 2007 Mar 20. PMID: 17374852.
4. Rosemar A et al Effect of body mass index on groin hernia surgery. *Ann Surg*. 2010 Aug;252(2):397-401.
5. Hemberg A, Montgomery A, Holmberg H, Nordin P. Waist Circumference is not Superior to Body Mass Index in Predicting Groin Hernia Repair in Either Men or Women. *World J Surg*. 2022 Feb;46(2):401-408.
6. Ravanbakhsh S, Batech M, Tejirian T. Increasing Body Mass Index Is Inversely Related to Groin Hernias. *Am Surg*. 2015 Oct;81(10):1043-6. PMID: 26463305.
7. Willoughby AD, Lim RB, Lustik MB. Open versus laparoscopic unilateral inguinal hernia repairs: defining the ideal BMI to reduce complications. *Surg Endosc*. 2017 Jan;31(1):206-214.
8. Zheng R, Altieri MS, Yang J, Chen H, Pryor AD, Bates A, Talamini MA, Telem DA. Long-term incidence of contralateral primary hernia repair following unilateral inguinal hernia repair in a cohort of 32,834 patients. *Surg Endosc*. 2017 Feb;31(2):817-822.

ОЖИРЕНИЕ КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КРИТЕРИЙ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ПОНЯТИЕ «СЛОЖНОЙ» ГРЫЖИ ПАХОВОЙ ОБЛАСТИ

Растегаев А.В., Дворянкин Д.В., Рафииков Б.Р., Хафизов В.В.

Резюме. Настоящая статья включает изучение влияния избыточной массы тела на послеоперационные осложнения, продолжительность операции, длительность госпитализации, а, следовательно, определение оптимальной тактики в выборе тактики лечения «сложных» грыж паховой области.

Ключевые слова: Сложные грыжи, паховая грыжа, ожирение.