

ОБОСНОВАНИЕ УДАЛЕНИЯ ПАНИКУЛУСА У ПАЦИЕНТОВ С ГРЫЖАМИ, СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ

*Белоконев В.И., Пушкин С.Ю., Захаров В.П., Грачев Д.Б., Щербakov Д.А.
ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»
Минздрава России*

*Самарский Национальный исследовательский университет им. С.П.Королева
ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им В.Д. Середавина», г.
Самара*

RATIONALE FOR PANICULUS REMOVAL IN PATIENTS WITH HERNIA AND SUFFERING OBESITY

*Belokonev V.I., Pushkin S.Yu., Zakharov V.P., Grachev D.B., Scherbakov D.A.
Samara State Medical University (SamSMU)
Samara National Research University named after Academician S.P. Korolev
Samara Regional Clinical Hospital named after V.D. Seredavin (SRCH, Samara,
Russia)*

Введение. У 50% пациентов с первичными и послеоперационными вентральными грыжами наблюдается ожирение различной степени. При образовании грыжи развивается кожно-подкожный фартук - паникулус различной степени выраженности. У больных с грыжами, страдающих ожирением, нерешенным является вопрос доступа для выполнения операции. Выполнение вертикального подхода к грыжевому мешку с сохранением кожно-подкожного фартука приводит к образованию «огромных» карманов справа и слева от средней линии живота. В послеоперационном периоде это приводит к развитию сером, инфильтратов – асептическому инфаркту подкожной клетчатки, а затем и к инфицированному инфаркту подкожной клетчатки в брюшной стенке. В то же время удаление кожно-подкожного фартука увеличивает объем операции, что требует научного обоснования такого подхода.

Цель. Обоснование удаления паникулуса у пациентов с грыжами, страдающих ожирением.

Материал и методы. Проведен анализ хирургического лечения 260 пациентов с грыжами, страдающих ожирением, в возрасте от 20 до 90 лет. Мужчин было 46 (17,7%), женщин – 214 (82,3%). Выделено 2 группы. В первую (группа сравнения) включено 129(49,6%) пациентов, у которых грыжесечение проводили без удаления кожно-подкожного фартука. У пациентов со срединными грыжами первой группы без удаления паникулуса операции проводили вертикальными доступами. После выделения грыжевого мешка и выполнения внутрибрюшного этапа, для закрытия дефекта в брюшной стенке выполняли переднюю протезирующую пластику комбинированным способом по первому (патент РФ № 2123292. 27.02.1997) или второму (патент РФ № 2137432. 20.09.1999) вариантам.

Вторую основную группу составил 131(50,4%) пациент, у которых из двух горизонтальных доступов, окаймляющих грыжевое выпячивание брюшной стенки, при грыжесечении иссекали кожно-подкожный фартук. Показания к удалению паникулуса были обоснованы математическим алгоритмом, учитывающим размеры грыжи, клинические проявления грыжи и связанные с ней осложнения, а также возможные последствия после операций при его сохранении паникулуса. Размеры грыж у пациентов, включенных в исследование (таблица 2), оценивали по классификации Национальных клинических рекомендаций по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи (Москва, 2018). По критерию χ^2 пациенты в группе 2 были тяжелее из-за стадии ожирения и размеров грыж, чем в группе 1. Результаты операций в группах оценивали по осложнениям, которые разделены на раневые (местные) и системные (общие). К местным осложнениям, отнесены гематомы, серомы, раневая инфекция, инфаркт подкожно-жировой клетчатки, лигатурные и протезные свищи.

Результаты и обсуждение. Математический алгоритм изменений в брюшной стенке основан на рассмотрении живота у пациентов с грыжами и ожирением со стороны боковой их поверхности. При этом свисающий кожно-подкожный фартук по отношению к брюшной стенке образует один вписанный треугольник, либо два сопряженных треугольника. Моменты сил, возникающих у пациентов с паникулусом разных размеров, определяли по формуле: $M = \frac{\pi}{9} \rho_{ж} \frac{b}{r} \sin\beta$. На основе данной математической модели предложена классификация изменений передней брюшной стенки при грыжах и ожирении: отвислый живот; кожно-подкожный фартук I, II, III степени, на основе которых рассчитаны показатели и клинические проявления заболеваний. Клинически отвислый живот характеризуется расположением кожно-подкожной складки на уровне верхней границы лонной кости, I степени – нижней границы лонной кости, II степени – на уровне верхней трети бедра, III степени – ниже средней трети бедра.

Расчеты показали, что момент сил, действующий на грыжевое выпячивание при фартуке 3 степени, в 10 раз больше, чем при отвислом животе, момент сил для фартука 3 степени в 2 раза больше, чем для фартука 2 степени, и в 3,3 раза больше чем для фартука 1 степени. На основании полученных расчетов у пациентов с грыжами и ожирением при отвислом животе и паникулусе 1 степени удаление кожно-подкожного фартука не проводили; при 2 и 3 степени проводили удаление паникулуса, так как его сохранение способствовало рецидиву грыжи из-за действия моментов сил смещающих и оттягивающих брюшную стенку вниз.

Из 129 пациентов 1 группы у 113 из них был отвислый живот, у 16 - кожно-подкожный фартук I - II степени. Иссечение фартука у них не проводили: местные осложнения развились у 13 (10%) пациентов, системные – у 2 (1,6%). У 131 пациента 2 группы у 5(3,8%) был отвислый живот, а у 126(96,2%) – паникулус I, II и III степени. Среди них при удалении

паникулуса местные осложнения возникли у 9 (6,9%), системные - у 2 (3,7%). Следовательно, у пациентов с грыжами и ожирением удаление кожно-подкожного фартука не приводило к увеличению частоты раневых и системных осложнений, что свидетельствует о целесообразности выполнения данного этапа операции.

Выводы

1. На основании математической модели изменений в брюшной стенке у пациентов с ожирением формирование паникулуса обусловлено моментами сил, имеющих разное направление, что способствует увеличению размера грыжи и повышению риска развития рецидива заболевания после операции.

2. Сравнительный анализ результатов лечения пациентов с грыжами и ожирением без иссечения и с иссечением кожно-подкожного фартука показал, что общее количество и частота раневых (гематомы, серомы и т.д.) и системных осложнений достоверно не различаются ($p>0,05$).