

ВЫБОР СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

*Гарелик П. В., Милешко М. И., Дудинский А. Н., Фисецко О. А.
УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь*

Введение. Вентральные грыжи являются одним из наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний органов брюшной полости, а число послеоперационных грыж увеличивается еще больше в связи с ростом числа оперативных вмешательств. Ежегодно в мире выполняется более 20 млн операций грыжесечения.

Среди разнообразных причин приводящих к образованию вентральных грыж необходимо отметить ожирение. Избыточный вес наиболее часто приводит к образованию послеоперационных грыж. Вентральные грыжи у пациентов с ожирением возникают в результате повышенного внутрибрюшного давления, гипотрофии мышц брюшной стенки, за счет постоянной тракции апоневроза жировыми подкожными отложениями и так называемым кожно-жировым фартуком. Все это вместе взятое отрицательным образом сказывается на консолидации послеоперационной раны, что приводит к развитию послеоперационных вентральных грыж.

В связи с вышеизложенным становится очевидным, что способы пластики брюшной стенки у этой категории пациентов должны быть более надежными, а отрицательные последствия ожирения должны быть устранены.

Цель исследования: совершенствование хирургического лечения вентральных грыж у пациентов с избыточной массой тела и ожирением.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты лечения 46 пациентов с вентральными грыжами и сопутствующим метаболическим синдромом, находившиеся на лечении в клинике

общей хирургии в период 2012–2023 гг. Среди них мужчин было 16, женщин 30 в возрасте от 21 до 73 лет. Срединная локализация грыжи отмечена у 43, боковая — у 3 человек. Вентральная грыжа отмечена у 7 человек, вентральная послеоперационная — у 39. Послеоперационная рецидивная грыжа встретилась в 23 случаях. Рецидивная грыжа ранее оперирована дважды у 9 пациентов и трижды у 6. У 2 из них во время первой операции применялась пластика грыжевых ворот сетчатым имплантом (sublay), у остальных — местными тканями. Индекс массы тела пациентов с грыжами колебался от 30 до 38.

Результаты и обсуждение. Все пациенты были подвергнуты оперативному лечению с учетом имеющегося у них ожирения. У 32 человек имелся разной степени выраженности так называемый кожно-жировой фартук, который локализовался в гипогастрии, в положении стоя свисал вниз, у отдельных пациентов доходил до верхней трети бедер. В этих случаях операция начиналась с дерматоплиэктомии (или панникулэктомии). Два окаймляющих кожно-жировую складку разреза начинались на боковой поверхности живота и заканчивались на противоположной стороне. В случае верхнесрединной локализации грыжи выполнялся разрез типа «мерседес». По ходу удаления лоскута выделялся грыжевой мешок, производился тщательный гемостаз. Масса удаленного кожно-жирового лоскута составила от 2,5 до 5 кг. Учитывая наличие большой раневой поверхности, операция завершалась установкой Редон-дренажей.

После выделения из окружающих тканей грыжевого мешка он во всех случаях вскрывался. У всех 39 пациентов, ранее оперированных, грыжи были невосправляемыми, кроме этого практически у каждого из них имелись сращения сальника и петель кишечника с передней брюшной стенкой, как в зоне операционного действия, так и за ее пределами. С целью увеличения подвижности брюшной стенки при пластике и уменьшения натяжения считаем обязательным компонентом операции при сопутствующем ожирении — это выполнение висцеролиза в максимально возможном объеме из данного доступа, что было произведено у 39 человек.

У всех пациентов с ожирением как правило имеется повышение развития жировой клетчатки большого сальника. В связи с этим становится целесообразным с целью увеличения объема брюшной полости производить удаление всего или части большого сальника. Данный этап операции нами произведен у 39 человек, причем у 29 из них большой сальник удалялся полностью, а у 10 частично. Пластика передней брюшной стенки выполнялась с учетом размеров дефекта в апоневрозе и степени ожирения. При дефекте апоневроза до 5 см и ожирении 1 степени произведена пластика местными тканями по Сапежко у 5 человек. Остальным пациентам пластику передней брюшной стенки выполняли с использованием сетчатого импланта, который размещали одним из известных способов.

Заканчивали операцию повторной ревизией огромной раневой поверхности после дерматилипэктомией с тщательным гемостазом. Среди способов гемостаза предпочтение отдавали лигированию, диатермокоагуляция менее надежна. Дренажирование операционной зоны производили двумя хлорвиниловыми трубками с постоянной аспирацией.

Осложнения в виде сером получили в 6 случаях. У одной пациентки с ожирением III степени и натяжной герниопластикой в послеоперационном периоде наступила не корригируемая дыхательная недостаточность из-за уменьшения объема брюшной полости, ее оперировали повторно — расширили герниопластику. Рецидив грыжи наступил у 2 человек, летальных исходов не было.

Выводы. У пациентов с вентральными грыжами и сопутствующим ожирением улучшить результаты лечения можно путем дополнительного выполнения дерматилипэктомии, висцеролиза и удаления большого сальника. Пластика грыжевого дефекта должна производиться с использованием сетчатого импланта.