

консервативной коррекции, у 33,3% пациентов с ограничительным ТНПП и у 25% пациентов с эмоциогенным в сочетании с недостаточной клинической эффективностью не позволяет рекомендовать применение комбинированных операций у пациентов с данными ТНПП.

Выводы. Разработанный метод выбора бариатрической операции, включающий определение ИТМ и ТНПП пациента, позволяет повысить эффективность комплексного лечения пациентов с морбидным ожирением и добиться положительного социального эффекта в послеоперационном периоде.

ПРОФИЛАКТИКА ОБРАЗОВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

¹Варикаш Д. В., ²Богдан В. Г., ¹Дорох Н. Н.

¹УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н. Е. Савченко»
г. Минск, Республика Беларусь

²УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
военно-медицинский факультет, г. Минск, Республика Беларусь

Введение. По мировой статистике, в 7-24% случаев оперативное вмешательство с лапаротомным доступом сопровождается развитием послеоперационной вентральной грыжи. Наиболее часто грыжи возникают у пациентов с ожирением, пожилого и старческого возраста с признаками анатомо-функциональной недостаточности передней брюшной стенки, пониженной способностью к регенерации, наличием сопутствующих заболеваний. Таким образом, проблема профилактики послеоперационных вентральных грыж является на сегодняшний день актуальной, имеет не только медицинское, но и социально-экономическое значение. Существует необходимость разработки и клинического внедрения эффективного метода профилактики образования послеоперационных вентральных грыж у пациентов с морбидным ожирением с отсутствием риска развития осложнений и

функциональной недостаточностью мышц передней брюшной стенки.

Цель исследования: оценить клиническую эффективность применения разработанного метода профилактики образования послеоперационных вентральных грыж у пациентов с морбидным ожирением.

Материал и методы исследования. Проведен анализ ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения 41 пациента с ИМТ более 40 кг/м^2 , которые проходили плановое оперативное лечение в городском Центре герниологии и бариатрической хирургии на базе УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н. Е. Савченко» г. Минска. Все пациенты методом простой рандомизации были разделены на 2 группы в зависимости от метода ушивания дефекта апоневроза передней брюшной стенки. У пациентов основной группы ($n=20$) для восстановления целостности брюшной стенки после лапаротомии использовали разработанный метод. Сшиваемые края апоневроза предварительно прошивали полипропиленовой нитью продольно двумя рядами непрерывных швов: по внутренней поверхности на расстоянии 1,0 см от края дефекта и по наружной поверхности на расстоянии 2,0 см от края дефекта. Затем свободные концы нитей связывали друг с другом вверху и внизу дефекта, над и под апоневрозом, соответственно. Последующее сшивание краев апоневроза осуществляли непрерывной полипропиленовой нитью двухрядно таким образом, чтобы стежки нити первого ряда проходили за линией швов первого продольного ряда, а второго ряда за линией швов второго продольного ряда с обеих сторон апоневроза. У 10 пациентов основной группы (подгруппа 1) выполнена лапаротомия из мини-доступа с длиной разреза апоневроза до 5 см с помощью хирургического набора. В подгруппе 2 основной группы ($n=10$) выполнена срединная лапаротомия с длиной разреза апоневроза до 15 см.

У всех пациентов в группе сравнения ($n=21$) ушивание дефекта апоневроза передней брюшной стенки выполняли однорядным непрерывным швом полипропиленовой нитью. В подгруппе 3 группы сравнения ($n=11$) выполняли лапаротомию из мини-доступа с длиной разреза апоневроза до 5 см. В

подгруппе 4 группы сравнения (n=10) срединную лапаротомию с длиной разреза до 15 см.

Достоверных различий ($p>0,05$) между пациентами основной группы и групп сравнения по возрасту, полу, ИМТ, росту и весу не было.

Оценка эффективности различных методов ушивания дефекта апоневроза проведена на основании длительности оперативного вмешательства, частоты развития ранних и поздних послеоперационных осложнений, средних сроков стационарного лечения. Качество жизни оценивалось с использованием русскоязычного варианта общего опросника EuroQol-5D-3L (EQ-5D-3L).

Результаты и их обсуждение. Использование предложенного метода ушивания апоневроза не привело к статистически значимому увеличению продолжительности оперативного вмешательства, которая была сопоставима ($p>0,05$) во всех клинических группах. В раннем периоде после операции у всех пациентов в основной группе и подгруппе 3 группы сравнения местные осложнения отсутствовали. В подгруппе сравнения 4 в раннем послеоперационном периоде у 4 пациентов (30%) отмечено развитие серомы послеоперационного рубца. Клиническое использование разработанного метода позволило уменьшить продолжительность стационарного лечения пациентов основной группы на 2,3 койко-дня, а также сократить длительность послеоперационного нахождения в стационаре на 2,5 койко-дней в сравнении с группой контроля ($p<0,05$). Поздние местные осложнения отмечены только у 1 пациента (10%) в подгруппе сравнения 4 в виде гранулемы послеоперационного рубца. Образование послеоперационной грыжи передней брюшной стенки в области ранее выполненного оперативного вмешательства отмечено в группе сравнения: у 1 пациента (9%) в подгруппе 3 и у 4 пациентов (40%) подгруппы 4 ($p<0,05$). У пациентов основной группы в отдаленные сроки наблюдения (12 месяцев) послеоперационные грыжи не выявлены. Проведенный анализ отдаленных результатов лечения с использованием общего опросника EQ-5D-3L в изучаемых группах позволил установить достоверное изменение качества жизни только по

показателю «боль и дискомфорт». В основной группе количество пациентов без боли и дискомфорта после операции составило 90 и 80%, что было больше, чем в каждой из подгрупп сравнения (72,7 и 30%, $p < 0,05$).

Выводы. Разработанный метод позволяет повысить эффективность профилактики образования послеоперационных вентральных грыж у пациентов с морбидным ожирением путем оптимизации техники ушивания лапаротомного доступа с отсутствием местных осложнений как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периоде, сокращения длительности стационарного лечения и повышения качества жизни пациентов после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ОРИГИНАЛЬНОЙ МЕТОДИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ

Глинник А. А., Богусевич О. С., Стебунов С. С., Руммо О. О.,
Пикиреня И. И., Германович В. И.

ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», г. Минск, Республика Беларусь
ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Морбидное ожирение в последнее время становится одной из актуальных проблем здравоохранения. Количество пациентов с лишним весом увеличивается из года в год. Отмечается существенный рост пациентов с заболеваниями, ассоциированными с ожирением – неалкогольный стеатогепатит с трансформацией в цирроз, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, артрозы суставов нижних конечностей и др. Начиная с 70-х годов XX века, активно развивается новое направление лечения морбидного ожирения – бариатрическая хирургия. Предложено около 50 различных оперативных вмешательств пациентам с индексом массы тела (ИМТ) более 35 кг/м². «Золотым стандартом» в настоящее время признана операция рукавной (вертикальной) резекции желудка.