

**Выводы.** Для минимизации возможных проблем при широком развитии медицинского туризма в Республике Беларусь рекомендуется:

1) Оснастить лечебные учреждения скоростным интернетом с видеосвязью доступной для докторов круглосуточно.

2) Внедрить бальную оценку докторов.

3) Страховым компаниям просчитать и внедрить у себя услугу по страхованию медицинских туристов от возникновения возможных осложнений лечения.

4) В лечебных учреждениях составить список сотрудников, владеющих иностранными (английским) языками, включающий в себя докторов, средний и младший медицинский персонал, к лечению медицинских туристов привлекать в первую очередь этих работников.

5) Разработать и внедрить требования к оформлению документации, выдаваемой на руки медицинскому туристу при выписке.

#### **ЛИТЕРАТУРА:**

1) York, D. Medical tourism: the trend toward outsourcing medical procedures to foreign countries / D. York // J Contin Educ Health Prof. – 2008. – Vol. 28, № 2. – P. 99-102.

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОПЕРАТИВНЫХ ПОСОБИЙ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ**

*Колешко С.В., Дудинский А.Н., Дешук А.Н., Романюк В.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** Сегодня количество человек, страдающих избыточным весом (индекс массы тела равен  $30 \text{ кг/м}^2$  и более) с каждым годом неуклонно растет. Опасность ожирения состоит в том, что оно способствует возникновению таких серьезных заболеваний, как ишемическая болезнь сердца, атеросклероз сосудов, сахарный диабет 2 типа, артериальная гипертензия, дислипидемии, неалкогольный стеатоз печени, некоторые виды злокачественных опухолей, желчнокаменная болезнь, поражения опорно-двигательного аппарата и другие, значительно повышающих риск

преждевременной смерти [1], а так же способствует появлению вентральных грыж, как первичных, так и после различных оперативных вмешательств на органах брюшной полости [2, 3].

Известно, что повышенное внутрибрюшное давление является одним из факторов, неблагоприятно влияющих на заживление послеоперационной раны, и одной из ведущих причин возникновения послеоперационных осложнений. Наиболее часто повышение внутрибрюшного давления наблюдается при ожирении. У больных с ожирением нагрузка на ткани брюшной стенки значительно возрастает в результате повышенного внутрибрюшного давления, замедляются процессы консолидации раны, мышцы брюшной стенки атрофируются и становятся дряблыми [2, 3]. При повышенном внутрибрюшном давлении возникают явления хронической сердечно-легочной недостаточности, что ведет к нарушению кровоснабжения тканей, в том числе и в зоне операции. Вследствие высокого давления в момент и после операции возникает интерпозиция жировой клетчатки между швами, затрудняется адаптация слоев брюшной стенки при сшивании ран, нарушаются репаративные процессы послеоперационной раны [4, 6]. У больных с ожирением частота рецидивов больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж может достигать 64,6%. [5].

Кроме этого, жировой фартук, который практически присутствует у всех пациентов с ожирением, является причиной целого ряда заболеваний. Постоянно оттягивая и деформируя брюшную стенку, фартук изменяет давление в брюшной полости, что приводит к опущению внутренних органов, нарушению работы кишечника, развитию запоров и других расстройств желудочно-кишечного тракта. Наличие жирового фартука затрудняет соблюдение правил личной гигиены, часто вызывая грибковое или бактериальное воспаление кожи [2, 3, 5].

**Цель.** Определить основные факторы, влияющие на образование грыж у лиц, страдающих морбидным ожирением и разработать меры их профилактики.

**Материалы и методы.** За период с 2013 года по октябрь 2016 года на клинической базе кафедры общей хирургии УО «ГрГМУ» было оперировано 11 пациентов с морбидным ожирением и грыжами. Среди всех грыж послеоперационные вентральные грыжи составили 54,5% (6 пациентов), пупочные грыжи –

27,3% (3 человека) и грыжи белой линии живота – 2 пациента (18,2%). Подавляющее большинство пациентов - женщины - 10 (90,9%), мужчина был 1 (9,1%), средний возраст составил 54,7 лет (от 40 до 64 лет). Средний индекс массы тела прооперированных пациентов равнялся 42,1 кг/м<sup>2</sup> (от 32 до 51 кг/м<sup>2</sup>). В процессе проведенного ретроспективного анализа выяснено, что наибольшее число пациентов с послеоперационными вентральными грыжами составляет группа больных - 4 человека (66,7%), которым ранее производилось пупочное грыжесечение. У 1 пациентки в анамнезе была грыжа белой линии живота с диастазом прямых мышц, у 1 – гинекологическая операция. Появление грыжевого выпячивания в области послеоперационного рубца отмечено в сроки от 3 до 12 месяцев послеоперационного периода. Размеры грыжевых ворот составляли от 5,5х6,5 см до 7,5х15,5 см. У 9 (81,8%) пациентов послеоперационные вентральные грыжи были вправимыми, у 2 (18,2%) - невправимые.

**Результаты и их обсуждение.** Все пациенты были прооперированы в плановом порядке и им были выполнены симультанные операции: помимо грыжесечения, проводились еюноилеостунтирование с гастропластикой или без, холецистэктомия, липодермэктомия, резекция большого сальника.

Грыжесечение с пластикой передней брюшной стенки сетчатым трансплантатом по методике «inlay» по типу Сапежко в модификации кафедры общей хирургии (подана заявка на патент) были выполнены в 6 случаях (54,5%), из них 3 раза – при послеоперационной грыже и 3 – при впервые выявленной грыже. Применялись полипропиленовые сетки с фиксацией эндопротеза проленовой нитью отдельными П-образными швами. В остальных 5 случаях пластика проводилась местными тканями.

Операция еюноилеостунтирования была проведена у 7 пациентов (63,6%), в 2-х случаях (18,2%), она была дополнена вертикальной гастропластикой. При наличии желчнокаменной болезни - выполнялась холецистэктомия - 3 операции (27,3%).

Известно, что висцеральный жир, являясь гормонально активным, выполняет в организме комплексную роль: секретирует эстрогены, ангиотензиноген, простагландины, фактор некроза опухоли, интерлейкин-6, лептин, резистин, адипонектин, инсулиноподобный фактор роста 1, ингибитор тканевого активатора плазминогена I, фибриноген и другие [6], в связи с чем 8 пациен-

там (72,7%) выполняли резекцию большого сальника.

Пациентам, которые отказались от предложенной им бариатрической операции, кроме грыжесечения выполнялась дермлипэктомия (4 человека (36,4%)), поскольку при этом устраняется статическая нагрузка на апоневроз передней брюшной стенки и предпосылки возникновения грыж другой локализации.

В послеоперационном периоде, начиная с 1-х суток, всем пациентам надевали эластический бандаж для создания относительного «покоя» передней брюшной стенки и быстрейшего ее восстановления.

Из осложнений в послеоперационном периоде было – образование сером – 3 случая, краевой некроз кожи – 2 случая. Рецидивов грыж до настоящего момента не наблюдалось.

Выводы. Для профилактики образования послеоперационных вентральных грыж пациентам, страдающим ожирением с целью уменьшения внутрибрюшного давления необходимо удалять большой сальник, а для уменьшения внешнего воздействия на переднюю брюшную стенку – выполнять дермлипэктомию. При наличии рецидивных вентральных грыж – пластика грыжевых ворот сетчатым трансплантантом является оптимальным выбором.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Дедов, И.М. Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты / И.М. Дедов, Г.А. Мельниченко. - «МИА», 2006. – 456с.
2. Галимов, О.В. Новые технологии, предупреждающие образование вентральных грыж после лапароскопических операций / О.В. Галимов, В.О. Ханов, О.В. Буторина // Фундаментальные исследования. – 2010. – № 4. – С. 22-25.
3. Тимошин, А.Д. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки / А.Д. Тимошин, А.В. Юрасов, А.Л. Шестаков. - М. : Триада-Х, 2003. - 144 с.
4. Плечев, В.В. Хирургическое лечение больных послеоперационными вентральными грыжами / В.В. Плечев, П.Г. Корнилаев, Р.Р. Шавалеев. – Уфа, 2000. - 152 с.
5. Тарасова, Н.К. Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж у больных с ожирением / Н.К.Тарасова // Вестник герниологии, М., 2008. - С.126-131.
6. Бубнова, М.Г. Роль ожирения и висцерального жира сердца в запуске сердечно-сосудистого континуума. Клинические эффекты орлистата / М.Г. Бубнова // РМЖ. – 2014. - № 2. - С. 116.