

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Гарелик П. В., Милешко М. И., Дудинский А. Н.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. За последние десятилетия в хирургии выделилось самостоятельное направление – герниология, что обусловлено множеством методик хирургического лечения грыж живота, в том числе послеоперационных вентральных (далее ПОВГ). Данный факт требует более взвешенного подхода при лечении указанной патологии. Вопрос послеоперационных грыж живота обусловлен не только ростом числа лапаротомных операций, но и увеличением числа пациентов с морбидным ожирением (далее МО). Основным достижением герниологов является широкое внедрение сетчатых имплантатов и, как следствие, значительное снижение числа рецидивов, однако полностью устранить проблему не удалось, особенно у лиц с МО. Лечение ПОВГ, особенно рецидивных у таких пациентов, представляет сложную задачу [1].

Цель. Провести ретроспективный анализ результатов хирургического лечения вентральных грыж у пациентов с морбидным ожирением.

Методы исследования. Мы располагаем опытом лечения 52 пациентов с вентральными грыжами и МО. Преобладали женщины – 32 над мужчинами – 20, в возрасте от 21 до 75 лет. По локализации чаще встречались срединные грыжи – 48 человек, боковые – у 4. Первичная вентральная грыжа диагностирована у 8 человек, послеоперационная вентральная – у 44. Среди ПОВГ преобладали рецидивные – 28 наблюдений, из них рецидивная грыжа оперирована ранее дважды у 11 пациентов, а у 7 – трижды. Во время предыдущих операций пластика производилась местными тканями, чаще по Сапежко, а у 3 пациентов выполнена пластика сетчатым имплантатом по методике Sublay. У большинства пациентов (47) МО было II и III степени, о чем свидетельствовал индекс массы тела, который колебался от 30,2 до 46,8.

Результаты и их обсуждение. С целью профилактики рецидива грыжи операцию у 33 человек начинали с удаления кожно-жирового лоскута, который в виде фартука свисал в гипогастрии и осуществлял тракцию брюшной стенки книзу. Операция заключалась в дермолипэктомии (панникулэктомии), которая выполнялась двумя окаймляющими разрезами, начинающимися с боковых поверхностей живота. При наличии верхнесрединной грыжи выполнялся разрез типа «мерседес» (или перевёрнутой буквы «У»). Одновременно с удалением жирового лоскута выделялся грыжевой мешок. Необходимо учитывать размер грыжевого мешка и количество его содержимого для последующего выбора способа пластики апоневроза. Возвращение в брюшную полость большего количества грыжевого содержимого у 2 наших пациентов привело к развитию в

послеоперационном периоде острой дыхательной и почечной недостаточности. Масса удаленного лоскута колебалась от 2,5 до 7 кг. Исключение составили 7 пациентов, которым ранее производилось бариатрическое вмешательство, после чего вместо массивного кожно-жирового лоскута имелся лишь участок дряблой кожи, который удалялся из косметических соображений.

У всех 44 человек, у которых в анамнезе имелись оперативные вмешательства, после вскрытия грыжевого мешка выявлен в брюшной полости разной степени выраженности спаечный процесс. Считаем, что висцеролиз в максимально возможном объеме является обязательным этапом операции при сопутствующем МО. После его выполнения становилась более подвижной брюшная стенка и при последующей ее пластике легче удавалось произвести медиализацию прямых мышц живота и устранить их диастаз, что является профилактикой рецидива грыжи и основой реконструкции передней брюшной стенки.

У подавляющего числа пациентов с ожирением имелось повышенное развитие жировой клетчатки большого сальника. С целью увеличения объема брюшной полости и уменьшения натяжения брюшной стенки при пластике у 30 человек произвели оментэктомия: у 20 полную и у 10 частичную.

Выбор способа пластики передней брюшной стенки зависел от размера грыжевых ворот, степени ожирения и возможности медиализации прямых мышц живота. При дефекте в апоневрозе до 4 см и ожирении I степени у 6 пациентов произвели пластику местными тканями. При боковых грыжах (4 пациента) и в 10 случаях срединной ПОВГ применяли пластику с размещением сетчатого имплантата в позиции Sublay. В остальных случаях (38 пациентов) предпочтение отдавали пластике апоневроза по разработанной методике с использованием сетчатого имплантата в соответствии с инструкцией по применению МЗ РБ от 24.06.2024 № 147-1223 «Метод хирургического лечения грыж передней брюшной стенки» [2]. Завершали операцию контролем гемостаза и вакуумным дренированием огромной раненой поверхности после абдоминопластики.

В послеоперационном периоде у 6 пациентов наблюдалась длительно сохранявшаяся серома. У одной пациентки с большой вентральной грыжей и ожирением III степени развилась некупированная острая дыхательная недостаточность, в связи с чем рана была расшита. Впоследствии наступил рецидив грыжи. Летальных исходов не было.

Выводы. У пациентов с послеоперационными вентральными грыжами и сопутствующим морбидным ожирением операция пластики передней брюшной стенки должна дополняться дермолипэктомией, висцеролизом и оментэктомией. Среди методов пластики передней брюшной стенки предпочтение следует отдавать методикам с применением сетчатых имплантатов и медиализацией прямых мышц живота.

ЛИТЕРАТУРА

1. Варикаш, Д. В. Профилактика образования послеоперационных вентральных грыж у пациентов с морбидным ожирением/ Д. В. Варикаш, В. Г. Богдан // Военная медицина. – 2019. – № 3. – С. 41–46.
2. Метод хирургического лечения грыж передней брюшной стенки: инструкция по применению № 147-1223: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 24.06.2024 / УО «ГрГМУ»; А. Н. Дудинский, П. В. Гарелик, А. Н. Дешук – Минск, 2024. – 10 с.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА» СРЕДИ ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Павлюковец А. Ю.¹, Валько Н. А.¹, Дежиц А. Ю.²

¹Гродненский государственный медицинский университет,

²Гродненская областная детская клиническая больница

Актуальность. В настоящее время одной из ключевых тенденций в мировой медицинской науке и сфере практического здравоохранения является активное и повсеместное внедрение и утверждение принципа доказательности. Иными словами, мировая медицина становится доказательной – медициной, основанной на применении математических оценок вероятности пользы и риска вреда, получаемых в высококачественных научных исследованиях на выборках пациентов, для принятия клинических решений о диагностике и лечении конкретных пациентов [1].

Подобная тенденция обуславливает необходимость коррекции подходов и особенностей преподавания дисциплины «доказательная медицина». Особенно среди студентов факультета иностранных учащихся, обучающихся в медицинских университетах Республики Беларусь, более тесно интегрированных в международные медицинские и образовательные тенденции и потому требующих более детального подхода к изучению данной дисциплины.

Цель. Целью исследования было изучение данных литературных источников с целью поиска и анализа наилучших стратегий в преподавании дисциплины «доказательная медицина» студентам факультета иностранных учащихся.

Методы исследования. В ходе исследования проводился анализ литературы, содержащей информацию об особенностях преподавания дисциплины «доказательная медицина» иностранным студентам, на основании результатов поиска в открытых базах данных: PubMed, MDPI, CyberLeninka и др.