

грьжепластика виконана в віддаленні строки после снижения массы тела.

Выводи. Целесообразность проведения симультанных операций у бариатрических больных в период освоения методики нуждается в уточнении. Решение вопроса о проведении таких операций следует принимать индивидуально с учетом всех факторов. По мере накопления опыта показания к симультанным операциям может расширяться.

¹Стороженко О.В., ¹Лігоненко О.В., ¹Дігтяр І.І., ¹Зубаха А.Б.,

¹Чорна І.О., ¹Шумейко І.А., ²Ярошенко А.В.

АБДОМІНОПЛАСТИКА З ДЕРМАТОЛІПЕКТОМІЄЮ ПРИ ЛІКУВАННІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ГРИЖ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ У ХВОРИХ НА ОЖИРІННЯ

¹ВДНУ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава,
²3-я міська клінічна лікарня м. Полтави, Україна

Вибір методу оперативного втручання при лікуванні післяопераційних гриж черевної стінки (ПОГЧС) у хворих на ожиріння залишається актуальною проблемою. Комбінація ПОГЧС та ожиріння формує категорію «складних гриж», наявність яких часто змушує відмовлятися від виконання оперативного втручання навіть досвідчених хірургів.

Мета роботи – вивчити ефективність виконання абдомінопластики з дерматоліпектомією під час герніопластики у хворих на ожиріння

Матеріали та методи. Ми маємо досвід лікування 113 хворих з ПОГЧС та супутнім ожирінням. За структурою більшість становило пацієнтів жіночої статі – 111 (98,2%), чоловіків – 2 (1,8%), вік хворих – від 27 до 74 років. Маса тіла хворих коливалась від 90 до 160 кг. Індекс маси тіла становив від 29,8 до 58,4 кг/м². Згідно з класифікацією I.P.Chevrel, A.M. Rath розподіл за групами W₁ (n=19), W₂ (n=39), W₃ (n=44), W₄ (n=11); до підгрупи M (n=106), L (n=7). Рецидивні ПОГЧС відзначали у 12 хворих (10,6%), явища защемлення – у 7 (6,2%). Усім хворим проводили ретельне передопераційне обстеження, яке включало збір анамнезу, загально клінічні тести, визначення толерантності до глюкози, ліпідного спектру крові, функції зовнішнього дихання, вимір внутрішньочеревного тиску та ін. При аналізі результатів обстеження хворих на ожиріння переважна більшість мали асоційовану з ожирінням патологію, де на перше місце виступали серцево-судинні, респіраторні та метаболічні порушення, а також захворювання опорно-рухового

апарату, що значно обтяжувало стан пацієнтів в плані надання оперативної допомоги та потребувало доопераційної корекції.

Результати. Вибір методу оперативного втручання залежав від локалізації грижі, розмірів грижового мішка, наявності післяопераційних рубців, а також від особливостей деформації черевної стінки підшкірно-жировими відкладеннями. У 106 (93,8%) хворих із ПОГЧС та наявністю «відвислого живота» значних розмірів поряд із грижосіченням виконували абдомінопластику з дерматоліпектомією передньої черевної стінки із розширеного оперативного доступу за Фернадесом та Берсоном. У 7 (6,2%) хворих без наявності значних розмірів «відвислого живота» та із серединною мезогастральною локалізацією грижі намагалися використати доступ найбільш зручний для виконання обох втручань. Спосіб герніопластики вибирали беручи до уваги розмір, локалізацію, стан грижових воріт і тканин черевної стінки, вік, загальний стан пацієнта, рецидиви і ускладнення, а також рівень внутрішньочеревного тиску (ВЧТ). Рівень ВЧТ вимірювали до виконання розрізу в наркозі. Цю величину брали за базовий рівень. Вивчення ВЧТ інтраопераційно виконувалося шляхом моделювання підвищеного ВЧТ під час тесту адаптації. Для цього виділяли грижовий мішок, занурювали його вміст у черевну порожнину та співставляли краї апоневрозу в медіальному напрямку до їх максимального зближення. Таким чином ми моделювали кінцевий результат пластики черевної стінки. У 33 (29,2%) пацієнтів із ПОГЧС W_1 та незначними змінами тканин і без рецидивів застосовували автопластичні методи закриття грижових воріт. У 80 (70,8%) хворих із ПОГЧС W_2 , W_3 та W_4 і за наявності рецидиву, боковою локалізацією грижі – алопластичні методи із використанням поліпропіленової сітки. Найбільш поширеною методикою імплантації сітки був спосіб алопластики *sublay* із заведенням сітки на 4 см за краї грижових воріт і фіксацією її окремими вузловими швами, застосований у 78 (69%) хворих. Герніопластику за методом *onlay* виконували як вимушену, в ургентних випадках та при ригідних краях дефекту у 2 (1,8%) хворих. Корегуючі операції виконуємо при умовах неможливості виконання реконструкції з різних причин. Методику *inlay* не застосовували, так як у більшості пацієнтів очеревина витончена, легко травмується, тому виникає значний ризик контактування експланту із внутрішніми органами, що вкрай небезпечно. Важливого значення під час абдомінопластики з дерматоліпектомією у хворих із ПОГЧС та ожирінням надавали профілактиці післяопераційних ускладнень. Рану зашивали пошарово атравматичними нитками, підшкірно-жирову клітковину дренивали за

Редовом протягом 2-4 діб. Профілактично під час операції та протягом 2-4 днів після неї застосовували цефалоспорины, а також антикоагулянти протягом 5-7 діб. З метою компресії післяопераційної рани, а також на час післяопераційної реабілітації застосовували компресійний пояс. У 10 (8,8%) хворих розвинулись післяопераційні ускладнення: серома – у 3 хворих, гематома післяопераційної рани – у 3 хворих, нагноєння рани – у 2 пацієнтів, ще у 2 хворих – частковий некроз країв шкіри. Результати спостережень протягом двох років свідчать про високу ефективність запропонованого методу лікування цієї категорії хворих.

Висновки. Виконання абдомінопластики з дерматоліпектомією у поєднанні з аллогерніопластикою дає змогу поліпшити результати лікування хворих із ПОГЧС та ожирінням.

Усенко О.Ю., Лаврик А.С., Кондратенко Б.М.

ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ УТВОРЕННЯ ГРИЖ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ У ХВОРИХ НА ОЖИРІННЯ

ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології
імені О.О. Шалімова» НАМН України, Київ, Україна

Серед хворих, що мають рубцеві вентральні грижі від 70 – 90% становлять хворі з надлишковою вагою та ожирінням, серед них на крайню ступінь ожиріння – морбідне, страждають 25-30% хворих, частота рецидиву грижі, при виконанні пластики на тлі МО, за даними різних авторів може досягати 64%. В чому причина таких високих показників гриже утворення та частоти рецидиву?

Мета роботи – визначити основні чинники та особливості виникнення гриж при ожирінні.

Матеріали та методи. Виходячи з особистого досвіду лікування хворих на ожиріння із використанням різних бариатричних втручань проведений аналіз частоти та особливостей клінічного перебігу гриж передньої черевної стінки. Проведений аналіз мязево - апоневротичних структур черевної стінки.

Результати. Основним чинниками грижеутворення вважається підвищений рівень внутрішньочеревного тиску, морфофункціональна недостатність структур передньої черевної стінки, дисбаланс вмісту колагену I та III типу та ранові ускладнення в ділянці післяопераційної рани. У хворих на морбідне ожиріння вихідний стан внутрішньочеревного тиску вищий за загально прийняті показники фізіологічної норми, та прямо корелюють з ІМТ хворого, що