

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені М.І. ПИРОГОВА

КОНДРАТЕНКО БОРИС МИКОЛАЙОВИЧ

УДК 616–057+616–003.9–007.43–089.15

**ЕТАПНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РУБЦЕВУ ГРИЖУ З СУПУТНИМ
ОЖИРІННЯМ**

14.01.03 – хірургія

**Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук**

Вінниця – 2016

Дисертація є рукописом.

Роботу виконано в ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова» НАМН України.

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор
Усенко Олександр Юрійович,
ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології
імені О. О. Шалімова» НАМН України, директор.

Офіційні опоненти:

- доктор медичних наук професор **Суходоля Анатолій Іванович,**
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, декан
факультету післядипломної освіти лікарів;
- доктор медичних наук професор **Фелештинський Ярослав Петрович,**
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
МОЗ України, завідувач кафедри хірургії та проктології.

Захист відбудеться «__» _____ 2016 року о ___ год. на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 05.600.01 при Вінницькому національному медичному університеті імені М.І. Пирогова МОЗ України (21018, Україна, Вінниця, вул. Пирогова, 56).

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова МОЗ України (21018, Україна, Вінниця, вул. Пирогова, 56).

Автореферат розісланий «_____» лютого 2016 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради
доктор медичних наук, професор

С.Д. Хіміч

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Проблема лікування післяопераційних гриж існує стільки ж часу; скільки проводяться операції на органах черевної порожнини. За даними літератури, відзначається неухильне збільшення кількості хворих з рубцевим грижами. Це пов'язано із збільшенням кількості оперативних втручань. 15% лапаротомій ускладнюються розвитком рубцевих гриж (Я. П. Фелештинський та співавт., 2008; О. Ю. Іоффе та співавт., 2009; Л. С. Білянський та співавт., 2010). Запропоновано велику кількість способів герніопластики, що є незаперечним фактом незадоволеності хірургів результатами лікування рубцевих гриж. Частота рецидивів рубцевих гриж при застосуванні як аутопластичних методів, так і при застосуванні синтетичних імплантатів продовжує залишатися високою від 13,5 до 44% (G. Eid et al., 2013; L. Marx et al., 2014). Однією з причин виникнення рубцевих гриж є наявність ожиріння (M. Maggard et al., 2011; В. І. Белоконев та співавт., 2011; К. М. Аутлев та співавт., 2012). Пацієнти, які мають ожиріння різного ступеня, становлять від 50 до 70% всіх хворих з рубцевими грижами, у 34% – морбідне ожиріння, у 23% – рецидив грижі (С. Д. Хіміч, 2011; О. Т. Олішев та співавт., 2014; P. Thodiyl et al., 2013). Ожиріння, з одного боку, призводить до формування грижі, з іншого – прогресує при її появі. Тобто, ожиріння як етіологічний фактор в появі, або рецидивах рубцевих гриж визнається незаперечно (М. В. Ромашкін–Тіманов, 2008; В. В. Іванов, 2010; Н. J. Surgeman, 1996). Серед хворих з рубцевими грижами відносяться до найбільш тяжкої і складної категорії в лікуванні пацієнти з морбідним ожирінням. Частота рецидивів рубцевих гриж у хворих з ожирінням, може досягати 64% (В. Н. Егієв та співавт., 2004; Н. К. Тарасова та співавт., 2008; Л. С. Лаврик та співавт., 2010; А. І. Суходоля, 2013). Лікування хворих з рубцевими грижами і супутнім ожирінням в даний час викликає певні труднощі на всіх етапах оперативного лікування. Поряд з рішенням вибору оптимальної оперативної техніки виникає необхідність профілактики тяжких ускладнень, які можуть привести до летального результату, частота специфічних ускладнень з боку післяопераційної рани може становити 50%, неспецифічних (з боку дихальної та серцево-судинної системи) – до 35%, смертність може досягати до 0,7% (К. М. Аутлев та співавт., 2012; P. Zimmet et al., 2010; D. Haslam et al., 2011; P. Stein et al., 2009).

Логічно припустити, що зниження маси тіла у пацієнтів, що мають рубцеві грижі і страждаючих на ожиріння, є ключовим етіопатогенетичним фактором у попередженні рецидиву грижі, про що вказують більшість авторів (Y. Novitsky et al., 2006; S. Sauerland et al., 2004; G. Eid et al., 2004; Н. Bonatti et al., 2000). Але рекомендацій щодо застосування ефективних методик зниження надлишкової ваги, даних про системні дослідження з використання бариатричних операцій у хворих з рубцевими грижами в доступній літературі, крім окремих публікацій (В. В. Іванов та співавт., 2009; I. Raftopoulos et al., 2002), ми не зустріли.

На сьогоднішній день існують ефективні способи лікування ожиріння, які дозволяють застосовувати етіопатогенетичний принцип лікування рубцевих гриж у хворих які страждають на ожиріння (А. С. Тивончук та співавт., 2012; А. С. Лаврик та співавт., 2014).

Враховуючи всі можливості бариатричних операцій, як етіопатогенетичного підходу до лікування хворих на рубцеву грижу з супутнім ожирінням, поряд з

виконанням стандартних прийомів герніопластики, вивчення ефективності етапного підходу представляє великий інтерес для його впровадження в хірургічну практику. Однак в доступній літературі ми не зустріли закінчених об'ємних досліджень, присвячених залежності результатів лікування рубцевої грижі від ступеня ожиріння, від зниження надмірної маси тіла, не обґрунтовані показання до одно– та двоетапного оперативного лікування таких пацієнтів.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дана дисертаційна робота виконана згідно з планом науково–дослідних робіт відділу хірургії шлунково–кишкового тракту ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова» НАМН України на тему: «Вивчити ефективність хірургічної корекції метаболічного синдрому у хворих на ожиріння» (номер державної реєстрації 0108u011018).

Мета і завдання дослідження. Покращити результати лікування хворих з рубцевими грижами та супутнім ожирінням, за рахунок розробки етапної хірургічної тактики лікування з використанням сучасних баріатричних втручань. Для досягнення поставленої мети сформульовані наступні завдання дослідження.

1. Проаналізувати результати лікування хворих на рубцеву грижу з супутнім ожирінням.

2. Дослідити вплив ожиріння на стан м'язово-апоневротичних структур передньої черевної стінки та з'ясувати його місце в патогенезі рубцевих гриж.

3. Вивчити показники внутрішньочеревного тиску, функції зовнішнього дихання, кислото–основного стану та газообміну у пацієнтів з рубцевими грижами та супутнім ожирінням в періопераційному періоді.

4. Розробити діагностично-лікувальний алгоритм та показання до двоетапного хірургічного лікування хворих на рубцеву грижу із супутнім ожирінням.

5. Провести порівняльний аналіз результатів алопластики рубцевої грижі у хворих основної групи та групи порівняння.

Об'єкт дослідження - рубцеві грижі у хворих на ожиріння.

Предмет дослідження - результати етапної тактики лікування хворих на рубцеву грижу з супутнім ожирінням.

Методи дослідження: загальноклінічні, лабораторні, інструментальні, статистичні, морфологічні.

Наукова новизна отриманих результатів. Вперше на основі морфологічного дослідження встановлено, що ожиріння призводить до морфологічних змін м'язово–апоневротичних структур передньої черевної стінки у вигляді дегенеративно–дистрофічних змін його структурних елементів та заміщення їх рихлою сполучною та рубцевою тканиною, що сприяє утворенню та рецидиву рубцевої грижі.

Вперше на основі порівняльного аналізу результатів хірургічного лікування хворих з рубцевими грижами та супутнім ожирінням доведено ефективність застосування баріатричних операцій, як першого етапу лікування вище зазначеної категорії хворих.

Вперше на основі аналізу з використанням методів доказової статистичної обробки визначені переваги та недоліки двох– та одноетапного підходу, на підставі чого розроблено діагностично–лікувальний алгоритм лікування хворих на рубцеву

грижу з супутнім ожирінням, в залежності від показників індексу маси тіла, типу грижі та перебігу супутніх ожирінню захворювань. Проведено порівняльний аналіз різних способів алопластики передньої черевної стінки у хворих з супутнім ожирінням.

Удосконалено відомий спосіб герніопластики для виконання алогерніопластики у хворих на ожиріння з урахуванням наявності діастазу прямих м'язів передньої черевної стінки вище та нижче грижових воріт (патент України на корисну модель № 59646). Удосконалено відомий спосіб хірургічного лікування ожиріння, що дозволяє знизити негативні віддалені наслідки баріатричної операції (деклараційний патент України на корисну модель № 92414.)

Практичне значення отриманих результатів. Встановлені переваги етапного та недоцільність рутинного підходу до лікування хворих на рубцеву грижу з супутнім ожирінням в післяопераційному періоді дозволяють зменшити кількість ранових та неспецифічних ускладнень у вищезазначеної категорії пацієнтів.

Виконання баріатричної операції першим етапом, при лікуванні хворих на рубцеву грижу з супутнім ожирінням призводить до втрати зайвої маси тіла, що дозволяє нормалізувати або зменшити внутрішньочеревний тиск, покращити показники зовнішнього дихання, кислото–основного стану та газообміну, фізичний стан хворого, таким чином зменшити операційно–анестезіологічний ризик перед виконанням герніопластики.

Розроблений діагностично–лікувальний алгоритм дозволяє оптимізувати хірургічну тактику лікування хворих на рубцеву грижу з супутнім ожирінням, проводити диференційований відбір пацієнтів на основі показників індексу маси тіла, типу грижі та загального фізіологічного стану хворого до етапного лікування з покращенням безпосередніх та віддалених результатів лікування.

Результати дослідження впроваджено в практичну роботу відділу хірургії шлунково–кишкового тракту ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова» НАМН України.

Особистий внесок здобувача. Автором сумісно з науковим керівником обрано тему дисертації, сформульовано мету та задачі дослідження, визначено шляхи вирішення поставленої наукової задачі. Автором самостійно проведено пошук і аналіз наукової літератури та патентної інформації за темою, формування груп спостереження, аналіз, узагальнення та статистичну обробку результатів клініко–лабораторного та інструментального обстеження хворих. Здобувач особисто приймав участь в клінічному обстеженні та хірургічному лікуванні 85% хворих основної та контрольної груп. Дисертант є співавтором розробок, наукових публікацій та корисних моделей за темою дисертації. Автором особисто написано всі розділи дисертації, сформульовані висновки.

Апробація результатів дослідження. Основні положення дисертаційної роботи були висвітлені на: IV українській конференції «Хірургічне лікування ожиріння і супутніх метаболічних розладів» (Дніпропетровськ, 2010); IV науково–практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми хірургічної гастроентерології» (Донецьк – Святогірськ, 2011); VII науково–практичній конференції з міжнародною участю «Сучасні аспекти хірургічного лікування гриж живота» (Судак, 2011); 5–й науково–практичній конференції з міжнародною участю «Хірургічне

лікування ожиріння та супутніх метаболічних розладів» (Судак, 2012); 7 російськом симпозиуме с міжнародным участием «Хирургическое лечение ожирения и метаболіческих нарушений» (Екатеринбург, 2013); научно–практическая конференция «Актуальные вопросы торакоабдоминальной хирургии» (Харків, 2015).

Публікації. За темою дисертації опубліковано 12 наукових робіт, з них 5 – у фахових виданнях затверджених МОН України, в тому числі у 1 наукометричному виданні, 7 – у вигляді тез та доповідей у матеріалах вітчизняних та зарубіжних з'їздів, конгресів та конференцій. Отримані 2 патенти України на корисну модель.

Обсяг та структура дисертації. Текст дисертації викладено на 191 сторінках друкованого тексту та складається з наступних розділів: вступу, огляду літератури, матеріалів та методів дослідження, трьох розділів власних досліджень, аналізу і узагальнення результатів дослідження, висновків та списку використаних джерел літератури. Роботу ілюстровано 53 таблицями та 54 рисунками. Список використаних джерел літератури містить 194 найменувань (112 – кирилицею та 82 – латиною).

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ

Загальна характеристика хворих та клінічних методів дослідження. В основу дослідження покладені результати обстеження й хірургічного лікування 73 хворих на рубцеву грижу (РГ) з супутнім ожирінням, яким виконана операція – пластика передньої черевної стінки у період з 2000 по 2015 р. у відділенні хірургії стравоходу, шлунку та кишечника ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова» НАМН України.

Середній вік хворих становив $(45,4 \pm 8,3)$ роки (від 29 до 60 років), 58 (79,5%) хворих були працездатного віку. Середня маса тіла складала $(141,5 \pm 29,5)$ кг (від 108 до 180 кг), середній індекс маси тіла (ІМТ) у середньому $(48,5 \pm 8,7)$ кг/м² (від 35 до 58 кг/м²). ІМТ від 35 до 45 кг/м² відзначений у 26% пацієнтів, від 45 до 55 кг/м² – у 49%, від 55 до 58 кг/м² – в 11%. В загальній групі переважали 59 (80,8%) жінки, чоловіки – 14 (19,2%).

Розподіл хворих за характером дефекту передньої черевної стінки проводився згідно інтраопераційної класифікації Chevrel–Ratz (2000), всі хворі мали серединну локалізацію грижі (M₁₋₅), ширина гризових воріт коливалась від 5 до 18 см (W₂₋₄), частота рецидивів R₀₋₂. Також для характеристики умов виконання герніопластики до уваги брали такі фактори як: наявність шкірно–жирового фартуха, наявність в анамнезі епізодів защемлення грижі та/або кишкової непрохідності, наявність хронічного вогнища інфекції в ділянці післяопераційного рубця.

В роботі використовували розширену класифікацію Міжнародної групи з вивчення ожиріння ВООЗ (IOTF WHO, 1997), за якою ожиріння II ступеня діагностували за величини ІМТ 35,0 – 39,9 кг/м²; МО (ожиріння III ступеня) – понад 40 – 49,9 кг/м²; морбідне суперожиріння – 50 кг/м² і більше.

Для вирішення поставлених завдань загальна група хворих розподілена на групу порівняння та основну групу в залежності від застосованої хірургічної тактики лікування. За показниками ожиріння: масою тіла, індексом маси тіла (ІМТ), ступенем ожиріння, індексом талія/стегно (ІТС) групи дослідження були співставні.

До групи порівняння увійшло 33 (45,2%) пацієнта, яким була виконана лише герніопластика. До основної групи увійшло 40 пацієнтів, які були розподілені на дві підгрупи. Підгрупа А 31 (42,5%) хворий, яким лікування було розподілено на два етапи: перший – бариатрична операція, другий – відстрочена герніопластика. Підгрупа Б 9 (12,3%) хворих, у яких бариатрична операція виконана одномоментно (симультанна) з герніопластиком.

Розподіл хворих в основній групі за видом виконаних бариатричних операцій представлений в таблиці 1.

Таблиця 1

Розподіл хворих за видом виконаних бариатричних втручань

Методика бариатричної операції		Підгрупи				Всього	
		А (n = 31)		Б (n = 31)			
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
БШ	кероване	7	17,5	2	5,0	9	22,5
	некероване	14	35,0	2	5,0	16	40
ШШ за Fobi–Capella		6	15,0	5	12,5	11	27,5
БПШ за N. Scopinaro		4	10,0	–	–	4	10
Разом ...		31	77,5	9	22,5	40	100

Перед оперативним втручанням всі хворі протягом тривалого часу лікувались консервативно. Дотримувались наступних показань для виконання бариатричних операцій: ІМТ ≥ 40 кг/м², ІМТ 35–40 кг/м² при наявності супутніх захворювань, що пов'язані з ожирінням, з метою покращання їх перебігу після хірургічного лікування (метаболічні розлади, кардіореспіраторні захворювання, тяжкі остеоартрити, інше). При цьому величина ІМТ могла бути не поточною, а задокументована раніше: а) якщо у хворого був високий ІМТ, але, на даний момент, він досяг маси тіла, при якій значення ІМТ більше 31 кг/м², і така втрата маси тіла є результатом інтенсивного лікування перед хірургічним лікуванням; б) хворим, що продемонстрували значну втрату маси тіла під час програми консервативного лікування, але почали знову прогресивно набирати вагу.

Вибір бариатричної операції залежав від ІМТ, характеру супутньої патології та власного вибору пацієнта. Показаннями до бандажування шлунка були ІМТ менше 50 кг/м², відсутність метаболічного синдрому та усвідомлена згода пацієнта дотримуватись рекомендованої дієти в післяопераційному періоді. Показанням до шунтування шлунка були ІМТ > 50 кг/м² та ІМТ > 45 кг/м² при наявності супутньої патології (цукровий діабет 2 типу, метаболічний синдром), неможливість відмови пацієнта від притаманного йому стереотипу харчової поведінки.

З метою оцінки ефективності проведених бариатричних операцій ми визначали показники маси тіла, ІМТ, відсоток втрати надлишку маси тіла (%ВНМТ), показник абдомінального ожиріння індекс талія/стегно (ІТС). Показник ІМТ розраховували за формулою Кетле, для визначення ідеальної маси тіла використовували індекс Брока та таблиці MetropolitanLife, надлишок маси тіла (НМТ) визначали як різницю між

фактичною та ідеальною масою тіла, %ВНМТ розраховували як співвідношення ВНМТ до НМТ та помноженого на 100, показник ІТС розраховували як співвідношення об'єму талії до об'єму стегна.

Розподіл хворих за видом виконаних герніопластик представлений в таблиці 2.

Таблиця 2

Розподіл хворих за видом виконаних герніопластик

Метод пластики	Основна група				Порівняльна група		Всього	
	А		Б					
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
за Rives – Stoppa	18	45,0	2	5,0	12	30,0	32	43,8
за Rives – Stoppa з неповним укриттям ППС	8	20,0	5	12,5	17	42,5	30	41,1
за Ramires з ППС	5	12,5	2	5,0	4	10,0	11	15,1
Разом ...	31	77,5	9	22,5	33	100,0	73	100,0

Показаннями до проведення методики пластики грижового дефекту за Rives – Stoppa були розмір грижових воріт до 15 см, наявність життєздатного грижового мішка при відсутності в ньому ознак «латентної» інфекції. Методика Rives – Stoppa з неповним укриттям поліпропіленового протезу виконувалась у випадках рецидивних рубцевих гриж при ригідних краях грижових воріт та виражених рубцевих змінах грижового мішка.

Методика компонентної сепараційної пластики передньої черевної стінки за Ramires в комбінації з імплантацією синтетичного протезу виконували при розмірі грижових воріт W_4 та/або за умов вираженої латералізації прямих м'язів живота, а також у випадках відсутності чи сумнівної життєздатності грижового мішка чи наявності в ньому ознак «латентної інфекції».

Для оцінки ефективності результатів лікування хворих групи дослідження після виконання герніопластики в якості основних критеріїв використовувалися показник частоти рецидиву грижового випинання, характер і тяжкість виниклих ускладнень та рівень якості життя у віддаленому післяопераційному періоді.

Всім хворим проводилося комплексне обстеження: загальноприйняті методи клінічного обстеження (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічне дослідження крові з визначенням рівня глікемії натще, сечовини, креатиніну, залишкового азоту, загального білка і білкових фракцій, білірубіну, АСТ, АЛТ, сечової кислоти, а також спеціальні методи дослідження (КОС та газообміну), при цьому аналізували наступні параметри: концентрацію водневих іонів (рН), парціальний тиск кисню (PO_2), парціальний тиск вуглекислоти (PCO_2), зсув буферних основ (BE). Також проводили дослідження, за допомогою пульсоксиметра, вміст кисню в змішаній крові. Аналіз скарг і анамнестичних даних, фізикальне обстеження (визначення антропометричних параметрів (ОТ, ОС, ІТС), огляд, пальпація, перкусія по системах організму); визначення ІМТ; функціональні дослідження серцево–судинної системи

(визначення рівня АТ, ЕКГ, ЕхоКГ); дослідження органів дихання (R–графія грудної клітки, спірометрія); УЗД органів черевної порожнини, УЗД щитоподібної залози; ЕФГДС; визначення внутрішньочеревного тиску; всі хворі були оглянуті ендокринологом на предмет виключення ендокринного генезу захворювання і кардіологом. Якість життя визначалась на підставі опитувальника SF–36 до операції і через 12 міс. Після виписки зі стаціонару всі пацієнти перебували під диспансерним спостереженням. Пацієнти запрошувалися на огляд через 6, 12 міс після виписки та на 36–й місяць. У зазначені строки проводилося повторне обстеження, що включало аналіз антропометричних параметрів і спеціальні методи дослідження.

Функцію зовнішнього дихання досліджували в усіх пацієнтів для уточнення ступеня операційного ризику, прогнозування розвитку і попередження дихальної недостатності, визначення можливості виконання оперативного лікування. Оцінювали стан вентиляції та газообміну в легенях, ступінь дихальної недостатності, визначали резервні можливості дихальної системи при компресійному бандажуванні черевної стінки. На підставі отриманих даних розраховували життєву ємність легень (ЖЄЛ), форсовану життєву ємність легень (ФЖЄЛ), для визначення толерантності до гіпоксії проводили функціональні проби (Штанге та Генча).

Рівень внутрішньочеревного тиску, як основного фактора ризику рецидиву грижового випинання, визначали непрямим методом за допомогою вимірювання тиску в сечовому міхурі (за методикою I. L. Kron, P. K. Harman, S.P. Nolan, 1984). З метою: 1) оцінки вихідного стану та динаміки внутрішньочеревного тиску після оперативного лікування ожиріння (баріатричної операції) у віддаленому періоді, 2) моніторингу та профілактики розвитку синдрому внутрішньочеревної гіпертензії в післяопераційному періоді герніопластики. Оцінка ВЧГ проводилась на основі міжнародної класифікації WSACS, згідно з якою визначено, що 1 ступінь ВЧГ відповідає значенням ВЧТ в межах 12–15 мм рт. ст. (1,59–2 кПа), 2 ступінь – 16–20 мм рт. ст. (2,13–2,66 кПа), 3 ступінь – 21–25 мм рт. ст. (2,79–3,33 кПа), 4 ступінь – понад 25 мм рт. ст. (3,33 кПа).

Статистична обробка даних проведена з використанням методів варіаційної та описової статистики за допомогою пакету статистичного аналізу Statistica 6.0 та Open Epi v 2.3. Формат наведених середніх величин в роботі має вигляд $X \pm \delta$. Розбіжності отриманих результатів вважали статистично значимими при $P < 0,05$, що забезпечує 95% рівень ймовірності.

Загальна характеристика морфологічних досліджень. Для вивчення впливу фактору ожиріння на морфологію м'язово-апоневротичних структур передньої черевної стінки у хворих на ожиріння проведене морфологічне дослідження 30 фрагментів білої лінії черевної стінки у двох групах хворих: перша група – група порівняння – хворі, у яких за вагою, розвитком жирової тканини, станом сполучної тканини та видом патології вірогідність утворення грижі була низькою. Друга група – хворі на ожиріння, яка була розподілена на дві підгрупи: підгрупа А – хворі на ожиріння з індексом маси тіла до 50 кг/м^2 ; підгрупа Б – хворі з індексом маси тіла більше 50 кг/м^2 . Матеріал забирали під час планових операцій на відстані 10 см від мечовидного відростку грудини. Розмір фрагменту $1 \times 1 \text{ см}$, мав повздовжній напрямок. Матеріал отримували за інформованою згодою пацієнта.

Комісією з медичної етики ДЗ «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова» НАМН України не виявлено етичних та морально-правових порушень при розгляді матеріалів дисертаційної роботи (протокол №16/03/2015 від 21.03.2015 р.)

Результати морфологічної частини дослідження. Встановлено, що ряд відмінностей в стані м'язово-апоневротичних тканин між першою та другою групою порівняння, які мали дегенеративно-дистрофічний характер у вигляді заміни колагенових структур рихлою сполучною та рубцевою тканиною, ступінь ураження зростав із індексом маси тіла хворого. Так, в підгрупі до 50 кг/м² зміни мали дифузноосередкований характер, у вигляді: нерівномірності будови та зниження щільності колагенових утворень; спостерігалось суттєве збільшення кількості жирової тканини, яка розташовувалась не тільки по периферії колагенових структур, але й формувала значні за об'ємом прошарки між колагеновими волокнами. Перебудови судинного русла апоневрозу, яка супроводжувалась склерозом та гіалінозом стінок судин; в підгрупі В (ІМТ > 50 кг/м²) спостерігались більш виражені дифузні структурні зміни, такі як: інфільтрація і фрагментація колагенових структур жировою тканиною та її розвитком безпосередньо між колагеновими волокнами; заміщення колагенових структур неструктурованою рубцевою тканиною з великою кількістю капілярів та розповсюдженими крупними склерозованими та гіалізованими судинами з мікротромбами.

Виявлені структурні зміни в апоневрозі у хворих на ожиріння носять незворотній характер та призводять до його послаблення. Таким чином, результати морфологічного дослідження підтвердили твердження, що ожиріння є одним із провідних факторів утворення та рецидиву грижі.

Результати клінічної частини дослідження. У більшості (83,4%) пацієнтів діагностовано одне або декілька супутніх захворювань різної тяжкості. Найбільш часто виявляли артеріальну гіпертензію у 58,9% пацієнтів, ЦД II типу або порушення толерантності до глюкози – у 37%, дисліпидемію – у 24,3%, метаболічний синдром – у 19,5%, синдром сонного апное – у 19,1%. Різну ступінь хронічної дихальної недостатності (ХДН) мали 54 (73,9%) хворих, з них у 78% I ст. та 22% II ст. ХДН, що проявлялось зниженням показників ЖЄЛ та ФЖЄЛ від 91,3 до 84,5% від належного та значним зниженням толерантності до гіпоксії. У 72,5% хворих за результатами показників кислото-основного стану та газообміну діагностовано метаболічні порушення у вигляді ацидозу та змішаного ацидозу. Ожиріння та супутні захворювання спричинили втрату працездатності у 63,4% пацієнтів, з приводу чого 33,7% з них встановлено інвалідність.

Досліджені хворі основної і контрольної груп по основним клінічним показникам, включаючи вік, стать, анамнез, число рецидивів, були репрезентативні ($\chi^2 = 0,41$, $P = 0,87$), але по ряду об'єктивних причин, що відображають тяжкість початкового фізичного стану в підгрупі А у 67,7% хворих відповідав III класу за ASA, таким чином підгрупа А була значно обтяжена за цим показником. В той час в підгрупі Б пацієнтів з III класом за ASA не виявлено, в порівняльній 13,5% хворих мали III клас анестезіологічного ризику за ASA, різниця за цим показником статистично достовірна ($P < 0,05$).

У хворих основної групи максимальна втрата надлишку маси тіла (ВНМТ)

після обох операцій встановлена через 2 роки (рис. 1). Отже, склад основної групи на кінцевому терміні спостереження після бариатричної операції (БО) за показником ІМТ, мав наступний вигляд: 7 (100%) хворих вийшли із розряду суперожиріння, 8 (20,0%) хворих – з розряду ожиріння та мали надлишкову масу тіла, I ст. ожиріння мали 13 (32,5%) хворих, II ст. – 12 (30,0%), лише у 7 (17,5%) – III ст. ожиріння. Після операцій шунтування шлунка (ШШ) та бандажування шлунка (БШ) стабільно спостерігали суттєво вищу ВНМТ протягом усього віддаленого періоду.

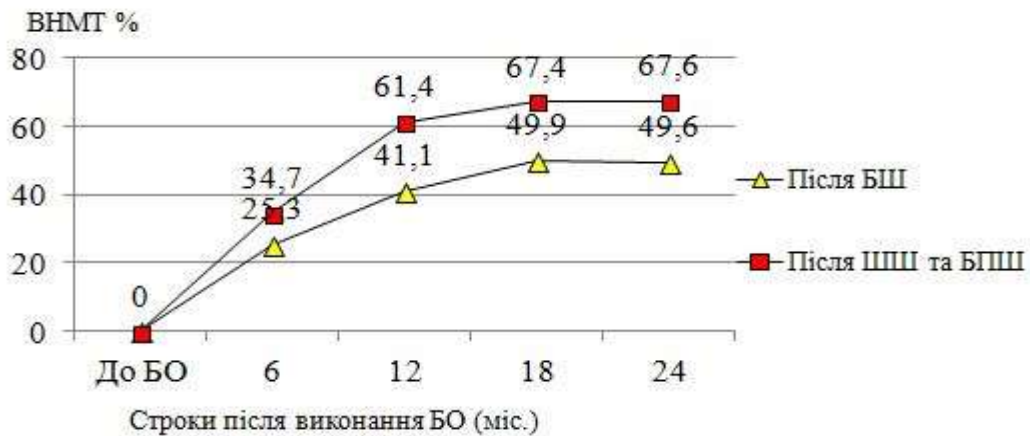


Рис. 1. Динаміка показника ВНМТ у віддалені строки після операцій БШ, ШШ, БПШ у хворих основної групи.

У пацієнтів основної групи показник ІТС поніс глобальні зміни. Це позитивно позначилося на подальших життєвих перспективах, оскільки саме абдомінальний тип розподілу жирової тканини, найбільшою мірою асоціюється з високим ризиком серцево-судинних захворювань і цукрового діабету 2 типу, зазнає істотні зміни. Цей показник разом з показником товщини підшкірної клітковини в області гризових воріт представлений в таблиці 3.

Таблиця 3

Динаміка показника ІТС у хворих основної групи після БО

Термін спостереження після БО, місяці	Показники ожиріння			
	ПЖК		ІТС	
	товщина, см	% від початкової товщини	одиниці	% від початкового
0	8,6 ± 2,4	–	1,5 ± 0,16	–
6	7,0 ± 3,0	66,4	1,26 ± 0,11	84,0
12	4,5 ± 2,5	42,9	0,92 ± 0,01	61,6
18	4,7 ± 1,3	44,3	0,88 ± 0,009	58,7
24	3,5 ± 1,1*	33,0	0,85 ± 0,07*	56,7

Примітка: * – достовірність за χ^2 , при P=0,001.

Дані проведеного вивчення впливу ІМТ на рівень ВЧТ у хворих основної та групи порівняння показав, що середній вихідний рівень ВЧТ пацієнтів з ІМТ в

межах (35,1–40) кг/м² середнє значення ініціального рівня ВЧТ склало (13,3 ± 1,4) мм рт. ст. (1,77±0,12) кПа, при ІМТ в межах 40,1–45 кг/м² середнє значення ініціального рівня ВЧТ склало (17,3 ± 0,3) мм рт. ст. (2,3 ± 0,05) кПа, при ІМТ в межах 45,1–50 кг/м² середнє значення вихідного рівня ВЧТ склало (19,5 ± 0,4) мм рт. ст. (2,59 ± 0,12) кПа, а при ІМТ в межах 50,1–58 кг/м² середнє значення вихідного рівня ВЧТ склало (21,3 ± 0,4) мм рт. ст. (2,84 ± 0,09) кПа.

Таким чином середній показник ВЧТ у хворих групи дослідження в середньому становив (17,7 ± 0,8) мм рт. ст. (2,36 ± 0,09) кПа. Порівняльний аналіз рівня ВЧТ у хворих в контрольні строки спостереження після БО виявив статистично значиму відмінність (критерій достовірності χ^2 $p < 0,01$) цього показника у 100% хворих основної групи, в середньому рівень внутрішньочеревного тиску через 24 міс після операції склав (9,8 ± 0,9) мм рт. ст. (1,31 ± 0,08) кПа. Максимальний темп зниження ВБД відзначався протягом перших 4 – 5 міс після операції, що відповідає зниженню маси тіла, найбільша інтенсивність якої відзначається також в перші місяці. Середнє зниження внутрішньочеревного тиску у хворих основної групи за 12 міс склало (6,49 ± 0,75) мм рт. ст. (0,85 ± 0,09) кПа – 36,7%. Максимальний показник зниження ВЧТ склав 14 мм рт. ст. (1,87 ± 0,05) кПа, мінімальний – 4 мм рт. ст. (0,53 ± 0,25) кПа. Динаміка ВЧТ у хворих основної групи відображена на рис. 2.

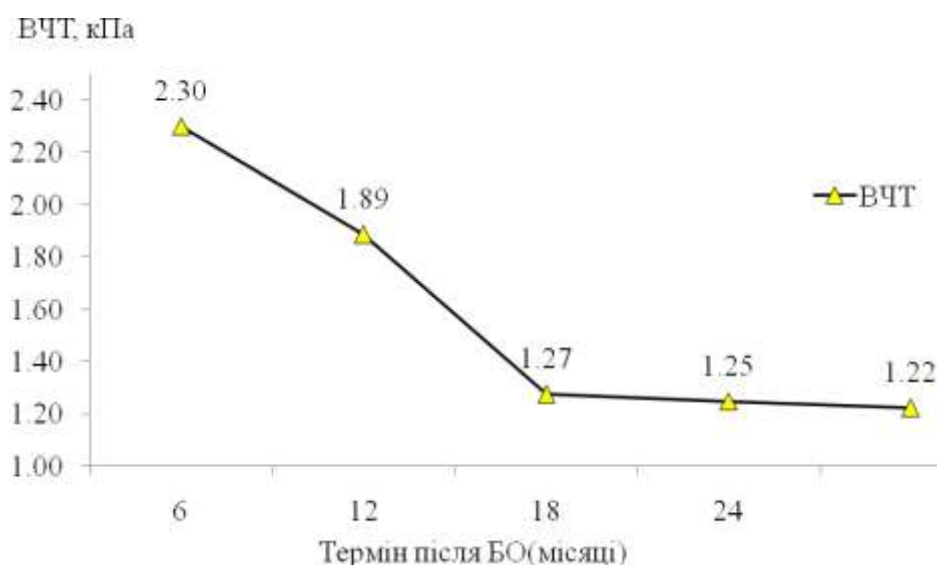


Рис. 2. Динаміка показника ВЧТ у хворих основної групи після БО.

Порівняльний аналіз середніх значень ВЧТ в контрольні строки спостереження виявив статистично значиму зворотну кореляційну залежність рівня ВЧТ та ВНМТ (ранговий коефіцієнт кореляції $\rho = -0,8$, $P < 0,01$).

Оцінка стану зовнішнього дихання у хворих основної групи дослідження на 24 міс після БО показала, що у 100% хворих прояви дихальної недостатності та метаболічні порушення були компенсовані.

Тяжкість фізичного стану за класом ASA підгрупі А основної групи виявлений перед операцією герніопластиком після проведеного хірургічного лікування ожиріння зменшилася в усіх хворих. Дані, що до складу підгрупи А за класом

ризиків ASA до та після БО відображені на рисунку 3.

З представленої діаграми видно, що в строк 24 міс після БО в підгрупі А, у більшості хворих зменшився клас ризику за ASA, більшість хворих перейшла в розряд ASA I, хворих з ASA III не відмічено.

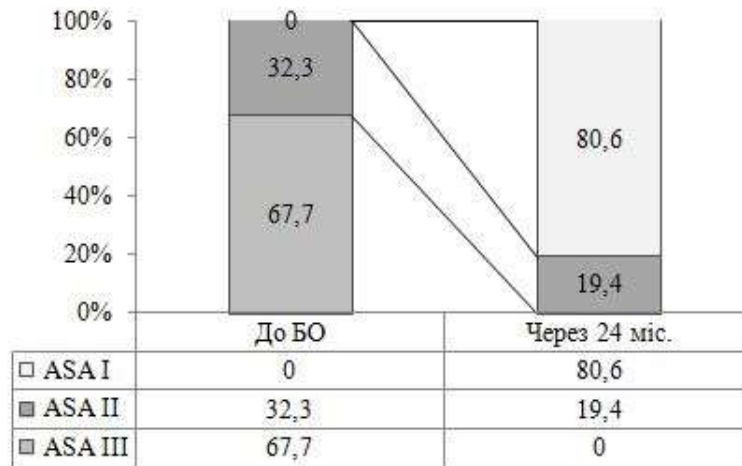


Рис. 3. Порівняльна характеристика хворих підгрупи А основної групи за класом ризику ASA до та через 24 міс після бариатричного втручання.

Таким чином результатом першого етапу лікування стали суттєве зниження маси тіла, нормалізація або значне зниження ініціального рівня ВЧТ, нормалізація респіраторних та метаболічних порушень, покращення загального функціонального стану пацієнта.

Для оцінки ефективності результатів лікування хворих груп дослідження в якості основних критеріїв використовувалися показник частоти рецидиву грижового випинання, характер і тяжкість виниклих ускладнень та рівень якості життя у віддаленому післяопераційному періоді.

Структура післяопераційних ускладнень була представлена специфічними (рановими) ускладненнями (серомами, нагноєнням, інфільтратом, гематомою) та неспецифічними (пневмоніями, прогресуванням дихальної та серцевої недостатності та гострою спайковою непрохідністю кишечника).

Порівняльний аналіз кількості післяопераційних ускладнень показав, що в підгрупі А основної групи, в якій хворим алогерніопластика була виконана другим етапом в період зниження та стабілізації маси тіла супроводжувалось достовірно меншою кількістю післяопераційних ускладнень 3 (9,7%) і 13 (39,4%) у групі порівняння, у яких лікування рубцевої грижі було виконано на тлі ожиріння ($\chi^2=6,01$, $p=0,02$). Слід зазначити, що в підгрупі Б основної групи після виконання симультанної ГП та БО була визначена тенденція до високої частоти післяопераційних ускладнень, які були відмічені у 6 (66,7%) пацієнтів.

Порівняльний аналіз частоти післяопераційних ускладнень в залежності від різних методик оперативних втручань показав, що після алогерніопластики за методикою Rives – Stoppa частота післяопераційних ускладнень склала 65,6% випадків серед прооперованих за даним методом, після методики компонентної

сепараційної пластики передньої черевної стінки в комбінації з імплантацією синтетичного протезу – 63,6% та після пластики черевної стінки за методикою Rives – Stoppa з неповним укріптям сітки – 46,7%. Таким чином, порівняльний аналіз післяопераційних ускладнень після різних методик оперативних втручань статистично значимої різниці не виявив ($\chi^2=3,03$, $p=0,31$).

З 33 хворих групи порівняння віддалені результати простежені в строки 1 рік і більше – у 100%, з них результати простежені до 2 років – у 29 (90%) пацієнтів і до 3 років – у 21 (38,3%). У групі порівняння наявність рецидиву грижового випинання виявлено у 12 (36,4%) хворих. Середній строк рецидиву грижового випинання склав ($7,9 \pm 0,7$) міс. З 40 хворих основної групи віддалені результати простежені в строки 1 рік і більше – в 100%, до 2 років – у 34 (85%), до 3 років – у 28 (70%). В підгрупі А основної групи було виявлено рецидив грижі у 3 (9,7%) пацієнтів, в підгрупі Б – у 6 (66,7%). Середній строк рецидиву грижового випинання склав ($9,8 \pm 0,5$) міс.

Таким чином, включення в комплекс лікування РГ у хворих на ожиріння бариатричної операції (БШ, ШШ та БПШ), дозволило знизити частоту рецидивів з 36,4 до 9,7%.

Аналіз результатів дослідження, яке оцінювало показники якості життя у хворих обох груп, за допомогою опитувальника SF-36, не встановив істотних відмінностей між станом до операції в основній і порівняльній групах. Інтегральний показник якості життя (ПЯЖ) у хворих порівняльної групи до герніопластики в середньому становив ($42,36 \pm 3,2$) балів, а через 24 міс після операції істотно не відрізнявся від доопераційного – ($47,09 \pm 3,3$) бали ($p < 0,05$). В основній же групі у хворих, яким була виконана герніопластика другим етапом після бариатричної операції, через 24 міс відзначено поліпшення якості життя за всіма компонентами дослідження ($p < 0,001$). Так ПЯЖ у хворих підгрупи А через 24 міс після герніопластики перевищував цей показник у хворих порівняльної групи в 1,8 рази. Показник ПЯЖ підгрупи Б перевищував такий у групі порівняння в 1,7 рази (рис. 4).



Рис. 4. Характеристика ПЯЖ у хворих груп дослідження на початку лікування та через 24 міс після герніопластики.

Співвідношення показників ПЯЖ у хворих груп дослідження до початку лікування та через 24 міс після герніопластики наочно відображено на рисунку 4.

Узагальнюючи результати лікування хворих порівняльної групи, слід зазначити, що при лікуванні РГ гриж на тлі ожиріння, відзначалася висока частота випадків неефективного лікування, що виражалася в 36,4% рецидивів гриж черевної стінки. У 14 (42,4%) пацієнтів, незважаючи на відсутність рецидиву грижі, було відмічено наявність больового синдрому в області передньої черевної стінки, наявність значної надмірної ваги і пов'язаних з цим медичних, психологічних і соціальних проблем, що не дозволило говорити про кардинальну зміну для них ситуації та зміні якості життя в кращу сторону, що підтвердило дослідження за опитувальником SF-36. У підсумку, незадовільними результатами у порівняльній групі хворих були визнані в 55%. У пацієнтів, які уникли рецидиву захворювання, рівень якості життя продовжував залишатися на незадовільному рівні, або знижувався, внаслідок прогресування ожиріння та асоційованих з ним захворювань. Таким чином, аналіз лікування і результатів захворювання в порівняльній групі наочно демонструє значущість ожиріння, як етіопатогенетичного фактора у хворих з РГ, без впливу на яке не можна поліпшити результати герніопластики та викликати позитивні зрушення у здоров'ї в цілому у хворих з даною патологією. Підводячи підсумки проведеного дослідження, у хворих, які звернулися для лікування РГ з надмірною масою тіла, при обстеженні було виявлено рівень внутрішньочеревного тиску, що перевищує нормальні показники в 1,5 – 2 рази, також був виявлений досить широкий спектр супутньої патології та метаболічних порушень. Визначальну роль у більшості змін метаболічних параметрів грала ступінь ожиріння і характер розподілу жирової тканини за абдомінальним типом.

Після проведеного хірургічного лікування ожиріння – бариатричної операції, як етап передопераційної підготовки хворого до герніопластики, при динамічному спостереженні у пацієнтів отримано стійке зниження надмірної маси тіла та вперше було визначено, що це спричинило зниження до нормальних показників рівня внутрішньочеревного тиску. Таким чином, вперше розроблений кардинально новий підхід, що впливає на основну ланку етіопатогенезу – високого внутрішньочеревного тиску, дозволив досягти значного поліпшення ефективності лікування. В результаті отримано зниження частоти рецидивів рубцевих гриж у хворих з супутнім ожирінням з 36,4 до 9,7%. Також досягнута нормалізація респіраторних та метаболічних порушень, покращення фізичного стану та зниження операційно–анестезіологічного ризику. Кардинальне поліпшення показників якості життя, зумовлено достовірним поліпшенням за всіма ознаками здоров'я, зниженням надлишкової маси тіла, поліпшенням плинності супутніх ожирінню захворювань.

Отже, за результатами проведеного дослідження розроблено та впроваджено в клінічну практику діагностично–лікувальний алгоритм у хворих з рубцевими грижами та супутнім ожирінням, встановлено доцільність виконання первинної бариатричної операції у вище зазначеної категорії хворих, як етап передопераційної підготовки хворого на рубцеву грижу та супутнім ожирінням, який дозволяє суттєво зменшити масу тіла, знизити вихідний рівень ВЧТ, нормалізувати респіраторні порушення та знизити операційно–анестезіологічний ризик перед виконанням власне самої герніопластики. Таким чином зменшити частоту специфічних

(ранових) та неспецифічних ускладнень, частоту рецидивів гриж та покращити якість життя у віддаленому післяопераційному періоді.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі представлено теоретичне обґрунтування та практичне вирішення наукового завдання щодо хірургічного лікування хворих на рубцеву грижу з супутнім ожирінням шляхом застосування двохетапної хірургічної тактики лікування вище вказаної категорії хворих з диференційованим відбором пацієнтів на основі показників індексу маси тіла, типу грижі та загального фізичного стану хворого.

1. Хірургічне лікування хворих на рубцеву грижу та супутнім ожирінням супроводжується високою частотою рецидиву рубцевої грижі (36,4%) та рановими ускладненнями (39,4%). У 72,5% хворих з індексом маси тіла ≥ 40 кг/м² мають місце явища дихального та змішаного метаболічного ацидозу.

2. Ожиріння призводить до морфологічних змін м'язово–апоневротичних структур передньої черевної стінки у вигляді дегенеративно–дистрофічних змін його структурних елементів та заміщення їх рихлою сполучною та рубцевою тканиною, що сприяє утворенню та рецидиву рубцевої грижі.

3. Втрата зайвої маси тіла внаслідок бариатричної операції, як етапу передопераційної підготовки до лікування рубцевої грижі дозволяє нормалізувати або зменшити внутрішньочеревний тиск та покращити показники зовнішнього дихання, кислото–основного стану, газообміну, фізичний стан пацієнта та знизити операційно–анестезіологічний ризик.

4. Вибір методу лікування рубцевої грижі у хворих на ожиріння залежить від показників індексу маси тіла, локалізації рубцевої грижі, перебігу супутніх ожирінню захворювань. Показаннями до двохетапного лікування є: індекс маси тіла ≥ 35 кг/м²; локалізація грижі поза зоною бариатричного доступу (ділянка M1 – M2); відсутність в анамнезі періодів защемлення грижі та явищ кишкової непрохідності; високий операційний ризик (ASA II – III).

Впровадження двохетапної тактики лікування хворих на рубцеву грижу з супутнім ожирінням за розробленим лікувальним алгоритмом дозволила знизити рівень ранових ускладнень в 4,1 рази ($p < 0,05$), неспецифічних в 5,9 рази ($p < 0,05$), зменшити частоту рецидиву рубцевої грижі в 3,8 рази ($p < 0,05$), та покращити якість життя у віддаленому періоді герніопластики в 2,1 рази ($p < 0,05$) (за опитувальником MOS SF – 36).

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ РОБІТ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Особливості хірургічного лікування рубцевих гриж у хворих ожирінням та надлишковою масою тіла / А.С. Лаврик, О.Ю. Усенко, О.С. Тивончук, М.В. Манойло, Б.М. Кондратенко // Укр. Журн. Хірург. – 2011. – № 4 (13) – С. 186–189. (Здобувачем проведений збір і аналіз клінічного матеріалу, розроблені і впроваджені способи лікування ускладнень, вивчені їх результати).

2. Гомоляко І.В. Морфологічний стан м'язово-апоневротичних тканин передньої черевної стінки у хворих на морбідне ожиріння / І.В. Гомоляко, Б.М. Кондратенко, В.В. Москаленко // Вісник морфології. – 2014. – № 2(20). – С. 489 – 491. *(Автор безпосередньо приймав участь в наборі клінічного матеріалу та його аналізі і порівнянні).*

3. Баріатрична операція як етап передопераційної підготовки хворих на рубцеву грижу з супутнім морбідним ожирінням / О.Ю. Усенко, А.С. Лаврик, О.С.Тивончук, Б.М. Кондратенко // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2014. – № 2 (18). – С. 590 – 593. *(Дисертант приймав участь у виконанні баріатричних операцій, особисто проводив збір даних обстеження та їх аналіз, готував статтю до друку).*

4. Принцип лікування рубцевих кил у хворих на ожиріння / А. Ю. Усенко, О. С. Тивончук, Б. М. Кондратенко, М. В. Манойло, О. А. Лаврик, В. В. Москаленко // Харк. хірург. школа – 2015. – № 5. – С. 148 – 151. *(Здобувачем проведений збір і аналіз клінічного матеріалу, розроблені і впроваджені способи лікування ускладнень, вивчені їх результати).*

5. Кондратенко Б. М. Вибір тактики лікування хворих з приводу післяопераційної грижі передньої черевної стінки з супутнім ожирінням / Б. М. Кондратенко // Клін. хірургія. – 2015. – № 8. – С. 148 – 151. *(Здобувач прийняв участь у всіх проведених операціях, зборі клінічного матеріалу, аналізі та узагальненні даних і написанні статті).*

7. Пат. на корисну модель 59646 Україна, МПК А61В 17/00. Спосіб хірургічного лікування рубцевих гриж у хворих на ожиріння / О. Ю. Усенко, А. С. Лаврик, М. В. Манойло, Б. М. Кондратенко, О. О. Доскуч (Україна); Власник ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології» НАМН України. – № u201013045; заявл. 03.11.10; опубл. 25.05.11. Бюл. № 10.

8. Пат. на корисну модель 92414 Україна, МПК А61В 17/00. Спосіб хірургічного лікування морбідного ожиріння / А. С. Лаврик, О. С. Тивончук, М. В. Манойло, Б. М. Кондратенко (Україна); Власник ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології» НАМН України – № u2014 03302, заявл. 01.04.14, опубл. 11.08.14, Бюл. № 15.

9. Кондратенко Б. М. Етапне лікування рубцевих гриж у хворих ожирінням / Б. М. Кондратенко // Укр. наук.–мед. молод. журн. – 2009. – № 3.– С. 393 – 394.

10. Усенко О. Ю. Особливості хірургічного лікування рубцевих гриж у хворих на ожиріння / О. Ю. Усенко, М. В. Манойло, Б. М. Кондратенко // Клін. хірургія. – 2010. – № 8. – С. 38 – 39. *(Здобувач прийняв участь у всіх проведених операціях, зборі клінічного матеріалу, аналізі та узагальненні даних і написанні тез).*

11. Тактика хірургічного лікування рубцевих гриж у хворих на ожиріння та надлишковою масою тіла / А.С. Лаврик, О.Ю. Усенко, О.С. Тивончук, М.В. Манойло, Б.М. Кондратенко // Хірургія України. – 2011. – № 3(39), додаток 1. – С. 128 – 129. *(Здобувач прийняв участь у всіх проведених операціях, зборі клінічного матеріалу, аналізі та узагальненні даних і написанні тез).*

12. Профілактика образования послеоперационной грыжи у больных при морбидном ожирении с использованием легких сеток / А. Ю. Усенко, А. С. Лаврик,

Н. В. Манойло, Б. Н. Кондратенко, О. А. Доскуч // Клін. хірургія. – 2012. – № 8. – С. 42. *(Здобувач прийняв участь у всіх проведених операціях, зборі клінічного матеріалу, аналізі та узагальненні даних і написанні тез).*

13. Морфологічне обґрунтування патогенезу грижоутворення у хворих на морбідне ожиріння / О. Ю. Усенко, І. В. Гомоляко, Б. М. Кондратенко, М. В. Манойло // Клін. хірургія. – 2012. – № 8. – С. 41. *(Здобувач прийняв участь у всіх проведених операціях, зборі клінічного матеріалу, аналізі та узагальненні даних і написанні тез).*

14. Профилактика образования послеоперационных грыж у больных морбидным ожирением с использованием легких сеток / А. С. Лаврик, Н. В. Манойло, Б. Н. Кондратенко, О. А. Доскуч // Хірургія України. – 2013. – № 4(48), додаток 1. – С. 395 – 398. *(Здобувач прийняв участь у всіх проведених операціях, зборі клінічного матеріалу, аналізі та узагальненні даних і написанні тез).*

15. Профилактическое использование легких сеток при бариатрических операциях / А. Ю. Усенко, А. С. Лаврик, Н. В. Манойло, Б. Н. Кондратенко // Хірургія України. – 2014. – № 3(51), додаток. – С. 54–55. *(Здобувач прийняв участь у всіх проведених операціях, зборі клінічного матеріалу, аналізі та узагальненні даних і написанні тез).*

АНОТАЦІЯ

Кондратенко Б. М. Етапне лікування хворих з рубцевою грижею та супутнім ожирінням. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук зі спеціальності 14.01.03–хірургія. – Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова МОЗ України, Вінниця, 2016.

Дисертація містить новий підхід щодо тактики лікування рубцевих гриж черевної стінки у хворих з супутнім ожирінням, що передбачає застосування бариатричної операції як першого етапу лікування та відстроченої герніопластики другим етапом в період значної та сталої втрати надлишку маси тіла, зниження рівня внутрішньочеревного тиску, нормалізації респіраторних та метаболічних порушень.

При морфологічному дослідженні встановлено взаємозв'язок між індексом маси тіла та патоморфологічними змінами в м'язово-апоневротичних структурах передньої черевної стінки, що полягають у формуванні ішемічних пошкоджень м'язово–фасціальних комплексів черевної стінки та їх рубцевому переродженні.

Встановлено доцільність використання бариатричних методик з метою вагомого та сталою зниження маси тіла пацієнта хворого на рубцеву грижу та супутнім ожирінням, як передопераційної підготовки до виконання герніопластики.

Розроблено та уніфіковано показання до двохетапного лікування хворого на рубцеву грижу та супутнім ожирінням.

На основі отриманого досвіду розроблено алгоритм вибору тактики лікування хворих на рубцеву грижу з супутнім ожирінням в залежності від показників індексу маси тіла, локалізації рубцевої грижі та перебігу супутніх ожирінню захворювань.

Ключові слова: ожиріння, рубцева грижа, двохетапна тактика, бариатрична операція, втрата надлишку маси тіла, відстрочена герніопластика.

АННОТАЦИЯ

Кондратенко Б. Н. Этапное лечения больных с рубцовой грыжей и сопутствующим ожирением. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03–хирургия. – Винницкий национальный медицинский университет имени Н.И. Пирогова МЗ Украины, Винница, 2016.

Диссертация содержит новый подход к тактике лечения рубцовых грыж брюшной стенки у больных с сопутствующим ожирением, предусматривающий применение бариатрической операции как подготовительного этапа лечения рубцовой грыжи в период значительной и постоянной потери избытка массы тела, снижение уровня внутрибрюшного давления, нормализации респираторных и метаболических нарушений.

Улучшить результаты лечения больных с рубцовыми грыжами и сопутствующим ожирением путем разработки этапной хирургической тактики лечения с использованием современных бариатрических вмешательств.

В основу исследования положены результаты обследования и хирургического лечения 73 больных рубцовой грыжей с сопутствующим ожирением, которым осуществлена операция пластики передней брюшной стенки в период с 2000 по 2015 г. в отделе хирургии пищевода и реконструктивной гастроэнтерологии ГУ «Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова» НАМН Украины.

Средний возраст больных составил ($45,4 \pm 8,3$) года от 29 до 60 лет, 58 (79,5%) больных были трудоспособного возраста. Средняя масса тела составляла ($141,5 \pm 29,5$) кг (от 108 до 180 кг), средний индекс массы тела в среднем ($48,5 \pm 8,7$) кг/м² (от 35 до 58 кг/м²). Индекс массы тела от 35 до 45 кг/м² отмечен у 26% пациентов, от 45 до 55 кг/м² – у 49%, от 55 до 58 кг/м² – у 11%. В общей группе исследования преобладали женщины, которых было 59 (80,8%), мужчин – 14 (19,2%).

Распределение больных по характеру дефекта передней брюшной стенки проводился согласно интраоперационной классификации Chevrel – Ratz (2000), все больные имели срединную локализацию грыжи (M1–M2), ширина грыжевых ворот составила от 5 до 18 см (W2–4), частота рецидивов R0–R2. Также для характеристики условий выполнения герниопластики во внимание принимались такие факторы как наличие кожно-жирового фартука, наличие в анамнезе эпизодов защемление грыжи и/или кишечной непроходимости, наличие хронического очага инфекции в области послеоперационного рубца.

При морфологическом исследовании установлена взаимосвязь между индексом массы тела и патоморфологическими изменениями в мышечно-апоневротических структурах передней брюшной стенки, состоящие в формировании ишемических повреждений мышечно-фасциальных комплексов брюшной стенки и их рубцовом перерождении.

Для решения поставленных задач общая группа больных разделена на группу сравнения и основную группу в зависимости от примененной хирургической тактики лечения. По показателям ожирения: массой тела, индексом массы тела, степенью ожирения, индексом талия/бедря группы исследования были сопоставимы.

В группу сравнения, вошло 33 (45,2%) пациента, которым была выполнена только герниопластика. В основную группу вошло 40 пациентов, которые были разделены на две подгруппы. Подгруппа А 31 (42,5%) больной, у которых лечение было распределено на два этапа: первый – бариатрическая операция, второй отсроченная герниопластика. Подгруппа Б 9 (12,3%) больных, у которых бариатрическая операция выполнена синхронно с герниопластикой.

В подгруппе А основной группы рецидив грыжи выявлен у 3 (9,1%) пациентов, в подгруппе Б – у 2 (22,0%). Средний срок рецидива грыжи составил $(9,8 \pm 0,5)$ мес. В группе сравнения наличие рецидива грыжи выявлено у 11 больных, что составило 33,3%. Средний срок рецидива грыжи составил $(7,9 \pm 0,7)$ мес.

Анализ результатов исследования оценивал показатели качества жизни у больных обеих групп при помощи опросника MOS SF-36 не установил существенных различий в состоянии до операции в основной и сравнительной группах. Интегральный показатель качества жизни у больных группы сравнения до операции был равен $(84,7 \pm 3,2)$ баллов, а через 24 мес. после операции существенно не отличался от дооперационного, в среднем равнялся $(94,2 \pm 3,3)$ балла. В основной же группе больных, которым была выполнена герниопластика вторым этапом после бариатрической операции, через 24 мес. отмечено улучшение качества жизни по всем компонентам исследования. Физический компонент увеличился в 1,8 раза, психический компонент так же претерпел значительные изменения – вырос в 2,4 раза.

Обобщая результаты лечения больных сравнительной группы, следует отметить, что при лечении рубцовой грыжи на фоне ожирения, отмечалась высокая частота случаев неэффективного лечения, выражалась в 33,3% рецидивов грыж брюшной стенки. У 14 (23,3%) пациентов, несмотря на отсутствие рецидива грыжи, было отмечено наличие болевого синдрома в области передней брюшной стенки. Наличие значительного избыточного веса и связанных с этим медицинских, психологических и социальных проблем, не позволило говорить о кардинальном изменении для них ситуации и изменении качества жизни в лучшую сторону, что подтвердило исследование по опроснику SF-36. В итоге, неудовлетворительными результатами в сравнительной группе больных были признаны у 55% больных. У пациентов, которые избежали рецидива заболевания, уровень качества жизни продолжал оставаться на неудовлетворительном уровне, или снижался, в результате прогрессирования ожирения и ассоциированных с ним заболеваний.

На основании результатов проведенного исследования установлена целесообразность использования бариатрических операций с целью весомого и устойчивого снижения массы тела у пациента с рубцовой грыжей и сопутствующим ожирением, как этапа предоперационной подготовки к лечению рубцовой грыжи.

Разработаны и унифицированы показания к двухэтапному лечению больного с рубцовой грыжей и сопутствующим ожирением.

На основе полученного опыта, разработан алгоритм выбора тактики лечения больных на рубцовую грыжу с сопутствующим ожирением в зависимости от показателей индекса массы тела, локализации рубцовой грыжи и степени операционно-анестезиологического риска

Ключевые слова: ожирение, рубцовая грыжа, двухэтапная тактика, бариатрическая операция, потеря избытка массы тела, отсроченная герниопластика.

SUMMARY

Kondratenko B. M. Staged treatment of incisional hernia and concomitant obesity. – Manuscript.

The dissertation for degree of candidate of medical sciences in a specialty 14.01.03 – surgery. – Vinnytsya National Pirogov Memorial Medical University Ministry of Health of Ukraine, Vinnytsya., 2016.

The thesis provides a new approach to the treatment strategy incisional abdominal wall hernias in patients with concomitant obesity that involves the use of bariatric surgery as the first stage of treatment and delayed hernioplasty during the second stage of significant and sustainable loss of excess body weight, reduce abdominal pressure, respiratory and metabolic normalization violations.

In morphological study found a relationship between BMI and pathological changes in muscle–aponeurotic structures anterior abdominal wall, which is the formation of ischemic damage to muscle–fascial complex abdominal wall and their cicatricial degeneration.

Established appropriateness of bariatric procedures with a view to meaningful and sustainable weight loss of patients with incisional hernia and concomitant obesity to perform hernioplasty.

Established and standardized to a two–run treatment of incisional hernia and concomitant obesity.

Based on the experience gained algorithm choice of treatment incisional hernia patients with concomitant obesity based on body mass index indicators, localization hernia incisional and course of diseases related to obesity.

Key words: obesity, incisional hernia, two–stage tactics bariatric surgery losing excess body weight, delayed hernioplasty.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

БО	– бариатрична операція
БШ	– бандажування шлунка
ВЧГ	– внутрішньочеревна гіпертензія
ВНМТ	– втрата надлишку маси тіла
ВЧТ	– внутрішньочеревний тиск
ГП	– герніопластика
ЖЄЛ	– життєва ємність легень
ІМТ	– індекс маси тіла
ІПЯЖ	– інтегральний показник якості життя
ІТС	– індекс талія/стегно
МО	– морбідне ожиріння
НМТ	– надлишок маси тіла
РГ	– рубцева грижа
ФЖЄЛ	– функціональна ємність легень
ХДН	– хронічна дихальна недостатність
ШШ	– шунтування шлунка

Підписано до друку 26.02.2016 р. Замовл. № 054.
Формат 60x90 1/16 Ум. друк. арк. 0,8 Друк офсетний.
Наклад 100 примірників.

Вінниця. Друкарня ВНМУ ім. М.І. Пирогова, Пирогова, 56.

