

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ



Дворянкин Дмитрий Владимирович¹, Курбаниязов Зафар Бабажанович²,
Рафиков Бехбуджон Рустамович¹, Кочетков Александр Владимирович¹, Аскарлов Пулат Азадович²,
Дворянкин Михаил Дмитриевич¹

1 - Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А. М. Никифорова, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург;

2 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

СЕМИЗЛИК БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ВЕНТРАЛ ЧУРРАЛАРНИ ДАВОЛАШНИНГ ЖАРРОҲЛИК ТАКТИКАСИ

Дворянкин Дмитрий Владимирович¹, Курбаниязов Зафар Бабажанович²,
Рафиков Бехбуджон Рустамович¹, Кочетков Александр Владимирович¹, Аскарлов Пулат Азадович²,
Дворянкин Михаил Дмитриевич¹

1 - А. М. Никифоров номидаги Бутунроссия шошилини ва радиацион тиббиёт маркази, Россия Федерацияси, Санкт-Петербург ш.;

2 - Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

SURGICAL TACTICS FOR THE TREATMENT OF POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS IN OBESITY PATIENTS

Dvoryankin Dmitry Vladimirovich¹, Kurbanliyazov Zafar Babajanovich²,
Rafikov Behbudjon Rustamovich¹, Kochetkov Aleksandr Vladimirovich¹, Askarov Pulat Azadovich²,
Dvoryankin Mikhail Dmitrievich¹

1 - All-Russian Center for Emergency and Radiation Medicine named after A. M. Nikiforov, Russian Federation, St. Petersburg;

2 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Мазкур мақолада герниологиянинг энг мураккаб ва кўп муҳокама қилинадиган муаммоларидан бири - семизлик билан оғриган беморларда операциядан кейинги вентрал чурраларни хирургик даволаш тактикасини танлаш масаласига бағишланган адабиёт манбалари таҳлил қилинган. Ушбу мавзунинг долзарблиги мазкур тоифадаги беморларнинг кенг тарқалганлиги ва клиник тавсияларда уларни даволашга нисбатан ягона ёндашувнинг мавжуд эмаслиги билан белгиланади. Семизлик, айниқса морбид семизлик билан оғриган беморларда кўпинча оғир коморбид ҳолат ва жиддий метабolik бузилишлар мавжуд бўлиб, бу операциядан кейинги эрта ва кечки даврларда асоратлар ривожланиш хавфини оширади. Шу боис хирургик тактикани тўғри танлаш даволашнинг ижобий натижасини таъминлашда ҳал қилувчи аҳамият касб этади. Бир босқичли тактиканинг яққол афзалликлари шундан иборатки, бунда бариатрик ва герниологик операциялар бир вақтнинг ўзида бажарилади. Бу беморнинг стационарда ётиш кунларини қисқартириш, даволашнинг иқтисодий самарадорлигини ошириш ва беморнинг умумий қониқishi даражасини яхшилаш имконини беради, чунки қайта госпитализация ва такрорий операция зарурати йўқолади. Шу билан бирга, бариатрик беморларда анестезия ва хирургик аралашувнинг ўзи билан боғлиқ юқори хавф операция давомийлигини ва хирургик травма ҳажмини камайтиришни талаб қилади. Шу сабабли амалиётда кўпинча икки босқичли тактика қўлланилади: дастлаб бариатрик операция ёки консерватив усуллар ёрдамида тана вазни камайтирилади, кейин эса герниологик босқич бажарилади. Ҳозирги кунга қадар биринчи босқичдаги операциядан сўнг иккинчи босқични қачон амалга ошириш лозимлиги бўйича аниқ тавсиялар мавжуд эмас. Адабиётларда хирургик усулни танлашга оид асосий тенденциялар кузатилади: герниопластикани, имкон қадар, кам инвазив усуллар - лапароскопик ёки роботлаштирилган технологиялар ёрдамида бажариш мақсадга мувофиқ. Чурра нуқсонининг кенглиги 2 см дан ортқ бўлган ҳолларда тўрли протезлардан фойдаланиш тавсия этилади, уларни эса ретромускуляр ёки экстраретроперитонеал позицияда жойлаштириш афзал ҳисобланади. Ҳозирги вақтда операциядан кейинги вентрал чурралари бўлган семиз беморларни бир босқичли ёки икки босқичли усулда даволаш учун танлашга доир аниқ мезонларни ишлаб чиқиш зарур. Бунда операциядан кейинги даврнинг асоратли кечишига таъсир кўрсатувчи асосий предикторларни ҳисобга олиш муҳим аҳамиятга эга.

Abstract. This article analyzes literature sources concerning one of the most complex and debated issues in herniology – the choice of surgical treatment strategy for postoperative ventral hernias in overweight patients. The significance of this topic is determined by the high prevalence of this category of patients and the lack of a unified approach in clinical guidelines. Often, patients with obesity (especially morbid obesity) have a serious comorbid status and severe metabolic disorders, which leads to a high risk of complications in the early and late postoperative periods. Therefore, the choice of surgical strategy plays a crucial role in achieving a favorable treatment outcome. The obvious advantages of a one-stage strategy – when both bariatric surgery and herniological surgery are performed simultaneously – include a reduction in hospital stay, improved cost-effectiveness, and greater overall patient satisfaction, as there is no need for re-hospitalization and a second operation. At the same time, the significant risk associated with anesthesia and the surgery itself in bariatric patients dictates the need to shorten the duration of the intervention and the degree of surgical trauma. For this reason, a two-stage strategy is often used: first, weight loss (through bariatric surgery or conservative methods), followed by the herniological stage. To date, there are no precise recommendations regarding the timing of the second stage after the primary operation. The main trends in the choice of surgical technique are evident in the literature – hernioplasty itself should preferably be performed using minimally invasive methods (laparoscopic or robotic), with mandatory placement of mesh prostheses (if the defect width is greater than 2 cm), and in the retromuscular or extra-retroperitoneal position. It is permissible to supplement the main procedure with panniculectomy or abdominoplasty. At present, clear criteria for selecting obese patients for one-stage or two-stage treatment of postoperative ventral hernias need to be developed, taking into account the main predictors influencing a complicated postoperative course.

Keywords: Bariatric surgery, postoperative ventral hernia, obesity, morbid obesity, laparoscopic hernioplasty, robotic hernioplasty, simultaneous surgery, retromuscular hernioplasty techniques, panniculectomy.

Актуальность. По данным ВОЗ на 2022 год, избыточный вес наблюдался у 43% всех взрослых жителей планеты (2,5 млрд человек), а свыше 671 миллиона человек страдали ожирением, и этот показатель постоянно увеличивается, что послужило поводом объявить ВОЗ в 1997 году ожирение - неинфекционной эпидемией 21 века [1]. Ожирение приобрело широкое распространение, а риск развития ассоциированных с ним коморбидных патологий (сахарный диабет 2 типа, болезни сердца и сосудов, нефропатия, синдром обструктивного апноэ сна и гормональные нарушения) неуклонно растёт, что увеличивает вероятность преждевременной смерти. Основными факторами развития вентральных грыж являются: высокое внутрибрюшное давление (ВД) у больных с висцеральным ожирением и несостоятельностью соединительнотканых структур брюшной стенки в процессе заживления раны. Это все приводит к формированию как первичных, так и послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ), возникающих после различных операций на органах брюшной полости [2]. Обычно такие пациенты представляют собой серьезную сложность для хирургов из-за наличия тяжелых сопутствующих заболеваний, возможных технических трудностей во время операции и повышенного риска послеоперационных осложнений. Несмотря на совершенствование хирургической техники и использование современного шовного материала, 13% лапаротомий осложняются образованием ПОВГ, а у больных с ожирением частота их возникновения увеличивается в 3 раза и достигает 32%. Нередко этим людям отказывают в плановом оперативном лечении до тех пор, пока они не смогут самостоя-

тельно снизить вес, но сделать это самостоятельно, чаще всего, они не способны. Таким образом, замыкается патологический замкнутый круг, и больные не могут получить своевременную медицинскую помощь. Согласно данным, полученным из базы Национальной программы повышения качества хирургической помощи Американской коллегии хирургов за период с 2009 по 2012 год, почти 60% больных, перенесших операцию по поводу ПОВГ в США, имели индекс массы тела (ИМТ) свыше 30 кг/м². Этот факт указывает на наличие прямой связи между избыточным весом и повышенным риском послеоперационных осложнений, включая инфекционные осложнения в зоне хирургического вмешательства и рецидив грыжи (ИОХВ) [3]. Несмотря на то, что вопросы оперативного лечения ПОВГ у больных с ожирением встречаются довольно часто, единого мнения об оптимальной хирургической тактике на данный момент не существует, нет определения основных предикторов, влияющих на развитие возможных послеоперационных осложнений, а значит и отсутствуют конкретные меры их профилактики. Существующее сегодня разнообразие хирургических школ и методов герниопластики, а иногда и противоположные взгляды хирургов на одну и ту же проблему, нуждаются в систематизации и правильной оценке имеющихся знаний по данной теме.

Цель исследования. Анализ и систематизация информации из научной литературы, посвященной актуальным представлениям хирургической тактики лечения ПОВГ у пациентов с ожирением, с применением современных малоинвазивных методов.

Материалы и методы. Нами проведен обзор научных трудов, посвященных проблеме грыжевой болезни за последние 27 лет, используя ресурсы поисковых систем PubMed, CochraneLibrary, UptoDate и eLIBRARY, а также вебсайты авторитетных научных журналов и диссертационные работы по исследуемой теме. Были выставлены следующие фильтры: год публикации не позднее 1999 г. и язык публикации русский, английский.

Малоинвазивные технологии в сравнении с «открытыми» вариантами лечения ПОВГ у больных с ожирением. Лапароскопические операции по сравнению с открытыми имеют ряд преимуществ: сопровождаются меньшим болевым синдромом, более быстрым восстановлением активности больных и более низким уровнем послеоперационных осложнений. Применение лапароскопических операций также позволяет уменьшить финансовые затраты, за счет сокращения периода пребывания больного в стационаре [4]. Однако, выполнение лапароскопических операций этой группе больных сопряжено с серьезными техническими сложностями. Это связано с тем, что избыточная масса жировой ткани передней брюшной стенки создает повышенное усилие на инструменты и троакары, что может ограничивать плавность движений хирурга, снижать точность манипуляций, увеличивать повреждение тканей и вызывать быструю его утомляемость. Анализируя 90 000 плановых вентральных герниопластик, R.M. Mabeza и соавт. определили критический порог для повышения частоты осложнений при открытой герниопластике, им оказался ИМТ $\approx 32 \text{ кг/м}^2$; при лапароскопических вмешательствах такого порога практически не наблюдалось [5]. Исследование, проведенное J. Lee и соавт., где сравнивались результаты лапароскопической и открытой герниопластики ПОВГ у 47 661 пациентов с ожирением, показало низкую частоту осложнений (6,3% против 13,7%; $p < 0,001$), меньшую продолжительность госпитализации (3 против 4 дней; $p < 0,001$) и меньшую стоимость лечения (\$40 387 против \$48 513; $p < 0,001$) при использовании лапароскопических методов герниопластики ПОВГ [6]. В своей работе Y.W. Novitsky и соавт. у 163 пациентов, прооперированных лапароскопическими методами, со средним ИМТ 38 кг/м^2 , осложнения наблюдались в 1,2%, рецидивы - в 5,5% при среднем наблюдении в течение 25 месяцев [7]. Большое ретроспективное исследование B.T. Heniford и соавт. показало, что лапароскопическая герниопластика ПОВГ выполнима в 96,3% случаев (819 пациентов из 850). Средний ИМТ пациентов составил 32 кг/м^2 ; средний размер дефекта - 118 см^2 . Средняя продолжительность операции была 120 мин, средняя кровопотеря - 49 мл., средняя про-

должительность госпитализации - 2,3 дня. Осложнения наблюдались в 13,2%. Развитие рецидива в 4,7%, было связано с большими размерами дефекта, ожирением, перенесенными ранее открытыми операциями и послеоперационными осложнениями [8]. За последние два десятилетия роботизированная хирургия вышла на арену минимально инвазивных вмешательств. Роботизированная платформа обеспечивает улучшенный обзор операционного поля за счет 3D-визуализации. Кроме того, шарнирные инструменты робота предоставляют расширенную степень свободы. Это существенно повышает ловкость и точность движений [9]. Благодаря тому, что ось вращения инструмента находится в месте его соединения вне брюшной стенки, происходит уменьшение травматизации тканей, что способствует уменьшению болевого синдрома после операции. Несмотря на то, что хирургические роботы ещё не получили широкого масштабного распространения, роботизированное лечение грыж пользуется большим спросом. В США лечение грыж является быстро развивающейся областью, и более 30% всех роботизированных операций в общей хирургии - это герниопластики. Последние данные свидетельствуют о преимуществах роботизированной операции по устранению грыж у пациентов с ожирением, так как сопровождается низкой частотой осложнений, сокращением длительности пребывания в стационаре, низкой частотой рецидивов, возможностью имплантации сетки в ретромускулярный слой брюшной стенки, комфортными условиями выполнения операции для хирурга [10]. В рамках многоцентрового исследования, проведенного A. Gonzalez и соавт., был проведен анализ 368 роботизированных герниопластик. Основную часть выборки (73,6%) составили больные с ПОВГ, 26,4% случаев приходились на первичные вентральные грыжи. У 47,8% пациентов была I-II степень, а у 20,9% - III степень ожирения. Ушивание фасциального дефекта было выполнено в 255 случаях (69,3%), в 364 использовалась технология IPOM (98,9%). Частота конверсии составила 0,8%, а средняя продолжительность пребывания в стационаре - 1 день. В целом общая частота послеоперационных осложнений в течение 30 дней составила 8,4%. Самыми распространенными осложнениями были серомы (3,8%) и острой кишечной непроходимости (ОКН) (2,4%). ИОХВ наблюдалось сравнительно редко - в 1,4% случаев [11]. O.Y. Kudsı и соавт. впервые сообщили о результатах лечения 50 пациентов с ИМТ ≥ 40 , которым была проведена роботизированная вентральная герниопластика. Использовались различные методики: r-IPOM, r-TAPP и r-TEP с / без TAR. Среднее время операции - 71 мин. Интраоперационных осложнений не было, а средняя

продолжительность пребывания в стационаре составила 0,34 дня. В то время как незначительные осложнения по классификации Clavien-Dindo I и II степени наблюдались у 40% пациентов, серьезные осложнения по Clavien-Dindo III и IV степени наблюдались у 6%. Рецидив грыжи наблюдался у одного пациента (2%) в течение среднего периода наблюдения - 22,7 месяца, а средний период без рецидивов составил 57,4 месяца [12]. I. Belyansky и соавт. представили результаты применения ретромукулярной техники (г-еТЕР) у 37 пациентов со средним ИМТ - 36кг/м². Согласно их данным, лишь у двух пациентов возникли клинически значимые серомы, при этом раннего рецидива грыжи (в течение первых 30 дней) не наблюдалось [13].

Несмотря на доказанное увеличение рисков развития осложнений и рецидивов у больных с ожирением и ПОВГ, после выполненной открытой герниопластики, ситуация с «симптомными» грыжами не столь однозначна. Многокамерные, невправимые грыжи, часто вызывающие ущемление или симптомы ОКН, большие дефекты передней брюшной стенки с утратой домена, выраженная спаечная болезнь, трофические изменения кожи, постоянный выраженный болевой синдром - являются показаниями к срочному оперативному вмешательству [14]. Одно из самых грозных осложнений ПОВГ - ущемление, которое встречается в 3-10%. Неоспоримым фактом является закономерность: чем меньше дефект (чаще всего 3-4 см) - тем выше риски ущемления [15]. Кроме того, есть пациенты, которые не готовы тратить время, деньги или усилия на предоперационную программу снижения веса, что в дальнейшем может привести к увеличению грыжевого дефекта и к сложной герниопластике. De Smet G. H. J. и соавт. было проведено проспективное когортное исследование на основе данных регистра французского герниологического клуба, включавшее 1312 пациентов, перенесших герниопластику ПОВГ за 9 лет. Различные виды открытых герниопластик были выполнены в 87,4%. У 1091 пациента (83%) были «симптомные» грыжи и им были выполнены операции в срочном порядке. В этой группе чаще всего наблюдались женщины с более высоким ИМТ=29,5кг/м². Кроме того, в этой группе, чаще встречалась рецидивная грыжа (40,1%). В большинстве случаев у прооперированных прошли все жалобы после хирургического вмешательства, что наблюдалось у 961 пациента (73%) при среднем сроке наблюдения 11,1 месяца, и только у 307 (27%) отмечались умеренные или сильные боли [16].

Симультанная бариатрическая операция и герниопластика ПОВГ. Большинство хирургов применяют индивидуализированный подход, основываясь на значениях ИМТ, сопутствующих заболеваниях и характеристиках грыжи. Ряд ре-

троспективных исследований продемонстрировали безопасность и хорошие краткосрочные результаты одновременного симультанного лечения. Так в исследовании G.M. Eid и соавт., где участвовало 85 пациентов с вентральными грыжами, которым симультанно выполнялось лапароскопическое гастрешунтирование по РУ (ЛГШРУ). 59 пациентам выполнено ушивание грыжевого дефекта, 12 - методика IPOM с установкой биологической сетки, а в 14 случаях герниопластика была отложена. Осложнения в течение 6 месяцев наблюдения были минимальными во всех группах, а длительность госпитализации не зависела от вида герниопластики. При среднем наблюдении в течение 26 месяцев авторы сообщили о 22% рецидивов у пациентов, перенёсших ушивание грыжевого дефекта и о полном отсутствии рецидивов у тех, кто перенёс IPOM. Более того, в группе 14 пациентов, где не была выполнена герниопластика - у 38% в поздние сроки развилась ОКН [17]. Одной из проблем в бариатрической хирургии является риск контаминации синтетической сетки, особенно при выполнении гастрешунтирующих операций. Ряд ретроспективных исследований показали, что имплантация синтетической сетки во время выполнения БО является безопасной [18]. T. Datta и соавт. сообщили о 26 прооперированных ПОВГ, выявленных во время ЛГШРУ. Полипропиленовый сетчатый имплант не привёл к каким-либо инфекциям, хотя длительность госпитализации незначительно увеличилась [19]. Y. Cozascov и соавт. показали, что бактериальные посевы из брюшной полости у большинства больных, которым выполнялась ЛПРЖ, были отрицательными, что свидетельствует о низких рисках контаминации и последующей инфекции. Это поддерживает представление о том, что одновременное использование сетчатого имплантата при герниопластике ПОВГ во время ЛПРЖ является безопасным и целесообразным [20]. G. Sharma и соавт. сообщили о 159 пациентах, которым выполнено симультанное вмешательство (115 устранили ПОВГ путем ушивания дефекта и 44 с использованием биологического или синтетического имплантата). Отмечено, что частота раневых осложнений достигала всего 6%. Это доказывает, что не только имплантация сетчатого протеза, но и ушивание небольших грыжевых дефектов (до 2 см) может быть выполнено без большого риска инфекционных осложнений. У трех пациентов развился рецидив [21].

Симультанная герниопластика ПОВГ с абдоминопластикой. Вопрос о целесообразности симультанного выполнения грыжесечения в сочетании с абдоминопластикой или панникулэктомией остается до сих пор дискуссионным. Разнородность опубликованных данных свидетельствует о неоднозначности взглядов среди специалистов.

Особенно это касается пациентов после ранее выполненной БО. После значительной потери веса такие пациенты жалуются на избыток кожи и подкожно-жировой клетчатки. Симультанная герниопластика с панникулэктомией обеспечивает иссечение избыточной кожи и жировой ткани, что положительно сказывается на процессе заживления, уменьшает давление в области хирургического вмешательства и позволяет избежать повторной анестезии [22]. О.Т. Okusanya и соавт. предоставили результаты лечения 10 пациентов, которым была выполнена герниопластика с ретромускулярным размещением сетчатого импланта. Пластику грыжи выполняла бригада общих хирургов, а панникулэктомию - бригада пластической хирургии. Было доказано, что у лиц с ИМТ > 40 кг/м² частота раневых осложнений достигала 40%, а рецидив грыжи в течение года составил 10%. Эти показатели сопоставимы с результатами пациентов, которым выполнялась только герниопластика [23]. В работе Д.Б. Грачева, посвященной анализу исходов хирургического лечения 253 пациентов с ПОВГ, осложненными ожирением I–II степени, было доказано, что на тактику хирургического лечения влияют три фактора: величина грыжевого дефекта, характеристики кожно-жировой складки (панникулюса), а также наличие сопутствующих заболеваний. В исследовании предложен индивидуализированный подход к лечению: при I степени панникулюса допускается сохранение кожно-жирового фартука, при II–III степени - рекомендовано его хирургическое удаление. Авторы подтверждают целесообразность проведения симульных операций, при этом герниопластику рекомендуется выполнять с использованием комбинированных передних методик с сетчатыми имплантами. Внедрение разработанного алгоритма позволило сократить частоту как системных, так и местных осложнений с 46,4% до 6,2% [24]. Д.Ш. Абдурахманов в своей работе проанализировал итоги хирургического лечения 121 пациента с вентральными грыжами и МО. Все больные были разделены на 2 группы. В основной группе было 67 человек, им выполнялась одновременно гернио- и абдоминопластика. В контрольной группе из 54 больных, выполнялась только герниоаллопластика. Предложенная тактика позволила ощутимо сократить количество послеоперационных осложнений - с 14,8% до 8,9% ($p=0,045$), раневых осложнений - с 11,5% до 4,5% в основной группе. Сочетанная герниоаллопластика и абдоминопластика у пациентов с МО и абдоминоптозом III–IV степени существенно улучшила эстетический вид и функциональное состояние, что подтверждено увеличением числа отличных и хороших отдаленных результатов с 77,7% до 92,1% и уменьшением неудовлетворительных результатов с 8,3% до

1,9% ($p=0,030$) [2]. Однако полученные данные не столь однозначны и разнятся с результатами других исследований. Так, С.Н.Л. McNichols и соавт. выявили еще серьезные негативные последствия: частота ИОХВ в группе герниопластики составила 8%, в то время как при симульной операции с панникулэктомией - 31,5%. Общие осложнения в послеоперационном периоде и необходимость выполнения повторных операций также чаще наблюдались при симульных операциях (22% против 5%; 47% против 26% соответственно). Однако авторы отмечают, что пациенты готовы были рисковать и смириться с осложнениями, ради улучшения своего эстетического вида [25]. А. Сахе и соавт. описали результаты лечения 71 пациента, ранее перенесших БО. При среднем ИМТ 29 кг/м² (при медиане 25–65 кг/м²) пациентам проводилась сочетанная панникулэктомию и открытые пластики ПОВГ с использованием сетки или без нее. Частота раневых осложнений составила 55%, причем более половины этих пациентов потребовалось повторное вмешательство [26].

Бариатрическая операция как первый этап перед выполнением герниопластики ПОВГ. В зарубежной научной литературе представлено многочисленное количество исследований о выполнении БО в качестве подготовительного этапа перед оперативными вмешательствами по поводу ПОВГ. Это объясняется несколькими факторами. Во-первых, часть пациентов с ожирением, которым требуется герниопластика, обычно могут перенести симульное вмешательство. Во-вторых, большинство пациентов не рассматривают БО из-за недостатка информации о таком методе лечения, психологической неготовности, финансовых ограничений или проблем с получением квоты [18]. В последнее время в научной литературе наблюдается рост числа публикаций, посвященных этапному лечению ожирения и ПОВГ. После БО в течение первого года больной обычно снижает вес на 25–30% от общей массы тела, и зачастую целесообразно провести БО до устранения грыжи, что позволит заметно улучшить результаты в отношении частоты рецидивов и уменьшить число осложнений за счёт улучшения метаболического состояния и компенсации ассоциированных с ожирением заболеваний. Ретроспективные обзоры демонстрируют низкий уровень рецидива грыжи после БО, что вероятно связано с уменьшением ВБД [27]. В исследовании, проведенном А.Д. Schroeder и соавт., были проанализированы итоги этапного лечения 12 больных с ПОВГ. У 58% пациентов наблюдалась потеря домена брюшной полости. В анамнезе у 92% пациентов было выполнено от двух и больше безуспешных герниопластик. Средний размер грыжевого отверстия составлял 14 см², в связи с чем 75% больным были выполнены открытые ре-

тромбоскулярные герниопластики. Оставшимся 25% была выполнена лапароскопическая герниопластика методом IPOM. Послеоперационный период был осложнён только в двух случаях ИОХВ, которые успешно устранены консервативно. Стоит подчеркнуть, что на протяжении всего периода наблюдения (от 1 до 72 мес) рецидивов грыжи не было выявлено. Сделанные выводы позволяют исследователям утверждать о надёжности и результативности этапного лечения данной категории пациентов [28]. В исследовании, проведенном W.L. Newcomb и соавт., представлены результаты лечения 27 пациентов с МО и рецидивными ПОВГ. Им было выполнено 22 открытых ГШРУ и 5 ЛГШРУ. Семи больным выполнены симультанные операции, и у них всех развился рецидив грыжи. Во время выполнения второго этапа - герниопластики (в среднем через 15 месяцев) средний ИМТ снизился с 51 до 33 кг/м². В оставшейся группе из 20 больных рецидивов не наблюдалось [29]. Z. Khorgami и соавт. сравнили показатели ранней заболеваемости и смертности среди пациентов, перенесших только БО, и пациентов, перенесших симультанно БО и устранение ПОВГ, из 27 608 пациентов, таких было 988. Результаты показали, что у пациентов, которым герниопластика выполнялась симультанно, чаще возникала необходимость в повторных операциях (3,3% против 0,6%) и существенно чаще наблюдались осложнения (4,8% против 2,7%) в течение первого месяца после операции. Долгосрочные результаты не выявили разницы между группами, однако у пациентов, которым выполнялась только БО, был меньше койко-день и они реже нуждались в реабилитации (0,2% против 1%) [30]. Согласно исследованию U.A. Dietz и коллег – симультанное проведение бариатрической и герниологической операции связано с увеличением числа осложнений в течение первого месяца после оперативного вмешательства, независимо от вида БО или хирургической техники. Если при симультанной герниопластике грыжевой дефект в размере достигает до 2 см, то его можно ушить, в то время как для дефектов более 2 см показано выполнение IPOM. Если в грыжевом мешке находится часть большого сальника, его низведение в брюшную полость не рекомендуется в связи с высокими рисками развития острой кишечной непроходимости в раннем послеоперационном периоде [14]. В. Clapp и соавт., анализируя данные MBSAQIP, также поддерживают двухэтапный подход лечения ПОВГ, указывая на повышенный риск осложнений и смертности в раннем послеоперационном периоде при одномоментном вмешательстве. У пациентов, которым выполняли ЛПРЖ с герниопластикой, отмечалась длительная ИВЛ (более 48 часов), внеплановый перевод в реанимацию, тромбоэмболия

легочной артерии, тромбоз глубоких вен, а также необходимость повторной госпитализации и оперативных вмешательств. После ЛГШРУ в сочетании с герниопластикой наблюдается повышенная вероятность летального исхода ($p < 0,001$) [31]. В своё исследование D.J. Morrell и соавт. включили 20 больных, средний возраст которых составил 54,3 года, а ИМТ - $45,6 \pm 6,1$ кг/м² на момент выполнения первым этапом ЛПРЖ. Площадь грыжевого дефекта достигала в среднем $494,9 \pm 221,2$ см². Операция ЛПРЖ продолжалась в среднем $121,2 \pm 50,3$ мин. У одного пациента после операции возникло кровотечение, потребовавшее повторной лапароскопической операции. Повторных госпитализаций не зафиксировано. Впоследствии шестнадцати пациентам была выполнена ретромускулярная TAR-пластика после ЛПРЖ. ИМТ при выполнении герниологического этапа составил $37,5 \pm 7,5$ кг/м² (среднее снижение $20,7 \pm 12,3\%$, $p < 0,0001$). Только у двух пациентов возникли осложнения. В течение $20,9 \pm 16,5$ мес. наблюдения рецидивов отмечено не было. Средний срок пребывания в стационаре составил $1,6 \pm 0,8$ дня [32].

Оптимальные сроки выполнения герниопластики ПОВГ после бариатрического этапа лечения. В настоящее время, как в российской, так и в зарубежной литературе отсутствуют четко установленные временные сроки проведения герниопластики ПОВГ после бариатрической хирургии. В работе A.D. Schroeder и соавт. средние сроки между бариатрическим и герниологическим этапом составляли 22,3 месяца (с колебаниями от 6 до 87 месяцев) [28]. У M.M. Chandeze и соавт. в среднем через 21,5 месяца после бариатрического этапа [33]. Согласно мнению U.A. Dietz с соавт., герниопластика должна выполняться только после окончания катаболической фазы снижения массы тела, которая в среднем занимает 9-12 месяцев [14]. В своей работе D.J. Morrell и соавт. выполняли герниопластику через 13,5 $\pm$ 11,7 мес. после БО [32]. Принятие решения о сроке выполнения устранения ПОВГ после БО должно основываться на комплексной оценке: возможных рисков развития осложнений, ИМТ и выраженности симптомов грыжи. В случае «сложных» ПОВГ, большинство специалистов рекомендует проводить герниологический этап после того, как произойдет активный сброс веса и ИМТ снизится до 30-32 кг/м², после компенсации ассоциированных ожирением заболеваний, стабилизации общего физического состояния. Это способствует снижению вероятности ИОХВ, связанных с белковой недостаточностью после БО. С другой стороны, затягивание с герниопластикой увеличивает риск ущемления и ОКН.

Современные концепции консервативного лечения ожирения. Многие больные с ПОВГ и

прежде всего с МО не являются надежными кандидатами для выполнения каких-либо операций, особенно категория больных с «симптомными» и «сложными» грыжами, которые уже перенесли операции на органах брюшной полости с выраженным спаечным процессом. У таких пациентов консервативная потеря веса перед герниопластикой необходима с целью профилактики осложнений. В исследовании M.J. Rosen и соавт., приняли участие 25 пациентов с ИМТ > 35 кг/м², после диеты, разработанной диетологами для потери веса перед герниопластикой ПОВГ. Средний ИМТ группы составил 49 кг/м², а средний начальный вес тела составил 128 кг. Средний ИМТ снизился на 9 кг/м² за 17 месяцев. 22 больным выполнена плановая герниопластика после снижения веса. Только 3 пациентам выполнена срочная операция. Большинство пациентов смогли сохранить потерянный вес в течение 18 месяцев после операции [34]. В клинической практике все больше появляется интерес к медикаментозному лечению ожирения [35]. В РФ рекомендованы три препарата: лираглутид, сибутрамин и орлистат. Сибутрамин, будучи ингибитором обратного захвата серотонина и норадреналина, способствует снижению веса за счет подавления чувства голода и повышения энергозатрат организма. Был одобрен к применению FDA в 1997 году, однако в 2010 году в связи с высокой частотой развития серьезных сердечно-сосудистых осложнений был изъят из обращения [36]. Орлистат, способствует снижению массы тела, путем угнетения желудочно-кишечной липазы и тем самым уменьшает количество жирных кислот, усвоенных в тонкой кишке [37]. Подтверждено, что орлистат также положительно влияет на контроль уровня глюкозы в крови и улучшает течение неалкогольного жирового гепатоза [38]. Агонисты рецепторов GLP-1 помимо инкреторного эффекта, так же снижают выработку глюкозы в печени, подавляя глюконеогенез; повышают восприимчивость скелетных мышц к инсулину; замедляют моторику желудка; улучшают сократительную способность миокарда и централизованно подавляют чувство голода [39]. Лираглутид, наряду с другими структурно модифицированными агонистами глюкагоноподобного пептида-1, формирует группу препаратов, эффективность которых более чем в 10 раз превосходит активность природного гормона. В целом, аналоги GLP-1 обеспечивают клинически значимое улучшение контроля уровня глюкозы при минимальном риске развития гипогликемии [40]. Средняя потеря веса при применении лираглутида через 56 недель составляет порядка 8,4 кг [41]. Арсенал лекарственных средств для лечения ожирения постоянно растет, последним препаратом, одобренным FDA в ноябре 2023 года, стал тирзепатид. Нужно заметить, что в связи со своей дороговиз-

ной и многочисленными противопоказаниями к применению, для большинства пациентов данные препараты считаются не доступными, а их эффективность в настоящее время не превышает 5–10%. В течение пяти лет 60% пациентов не могут сохранить достигнутый результат снижения веса [42]. Главной причиной низкой эффективности является недостаточная приверженность к лечению самих пациентов. Особый интерес представляет одноцентровое ретроспективное исследование V. Rodrigues-Gonçalves и соавт., где изучались различные методы лечения пациентов с ожирением и вентральными грыжами. Из 175 пациентов с ожирением, 148 (84,6%) самостоятельно снижали вес соблюдением диеты, 15 (8,6%) получали медикаментозное лечение, а 12 (6,8%) была выполнена БО. Наибольшая медиана снижения веса наблюдалась после БО (20,7%), далее следовали диетологический метод (4,6%) и медикаментозная терапия (4,4%). Доля пациентов, адекватно подготовленных к плановой операции по поводу ПОВГ, составила 83%, 44% и 13% соответственно, таким образом наилучшие результаты были в группе, где выполнялась БО [43].

В качестве снижения веса перед запланированной герниопластикой ПОВГ, так же может быть использован метод эндоскопической ВЖБ [44]. Данный эндоскопический метод был одобрен FDA в 2015 г. для пациентов с ИМТ 30–40 кг/м². S. Dąbrowiecki и соавт. сообщили о 25 пациентах, которым было выполнено ВЖБ. Часть пациентов этой группы готовилась к оперативному лечению ПОВГ. Два пациента не перенесли установку ВЖБ, у остальных снижение ИМТ варьировалось от 2 до 6 кг/м², что позволило им выполнить герниопластику [45]. Однако не всё так однозначно. Работа M.F. Leeman и соавт. поставила под сомнение использование ВЖБ. В исследовании ВЖБ устанавливали для снижения веса перед проведением БО. Пациенты, отказавшиеся от ВЖБ, самостоятельно снижали вес соблюдением диеты. Целью данного исследования было сравнить эффективность снижения веса с использованием ВЖБ. В исследовании приняли участие 28 пациентов, 15 из них выбрали ВЖБ, а 13 отказались. Трём пациентам с ВЖБ потребовалась досрочное удаление ВЖБ из-за его непереносимости. Из оставшихся пациентов двое из группы ВЖБ и трое из группы самостоятельного контроля веса не достигли целевого показателя EWL в 10 %. В целом медианное значение EWL составило 17,1 % в группе с ВЖБ и 16,1 % в группе самостоятельного контроля веса. [46].

Выводы. Вопрос хирургической тактики ПОВГ у пациентов с избыточной массой тела продолжает оставаться крайне актуальным на сегодняшний день. Это связано с неуклонным ростом числа таких больных с каждым годом, а

также с отсутствием единых утвержденных клинических рекомендаций. Достаточно часто больные с ожирением, особенно с морбидным, имеют множество сопутствующих заболеваний и выраженные метаболические нарушения, что существенно повышает вероятность осложнений как в раннем, так и в позднем послеоперационном периоде. По этой причине выбор правильной стратегии хирургического лечения становится решающим фактором для достижения положительного результата. Очевидным преимуществом симультанных вмешательств является одновременное выполнение бариатрической операции и герниопластики. Это позволяет в дальнейшем избежать осложнений, связанных с ПОВГ, сократить койко-дни, проведенные больным в стационаре, повысить экономическую эффективность лечения и общую удовлетворенность больного, поскольку отпадает необходимость в повторной госпитализации и втором хирургическом вмешательстве. Многие специалисты рекомендуют проводить герниологическую операцию совместно с абдоминопластикой. Однако в связи с отсутствием бариатрического этапа у пациента сохраняется высокий риск повторного набора веса и рецидива грыжи. В то же время значительные риски, связанные с анестезиологическим пособием и самой операцией у бариатрических больных, требуют минимизации продолжительности вмешательства и степени хирургической травмы. Поэтому часто применяется этапная тактика: сначала выполняется снижение веса (с помощью бариатрической операции или консервативных методов), а затем – герниологический этап. На сегодняшний день отсутствуют четкие рекомендации относительно оптимальных сроков проведения второй операции после первичной. Согласно литературным данным, прослеживаются основные тенденции в выборе техники операции: герниологическую операцию целесообразно выполнять преимущественно малоинвазивными методами (лапароскопическими или роботизированными) с обязательным использованием сетчатых имплантатов. Если ширина дефекта не превышает 2 см, то возможно ушивание дефекта лигатурой из нерассасывающегося материала. Сетчатые имплантаты следует располагать в ретромускулярном или экстра-ретроперитонеальном слое передней брюшной стенки.

В настоящее время необходима разработка четких критериев отбора пациентов с ожирением с учетом основных предикторов, влияющих на осложненное послеоперационное течение, для выполнения симультанного или многоэтапного лечения ПОВГ.

Литература:

1. Абдурахманов Д.Ш. Клиническое обоснование гернио- и абдоминопластики у больных с вентральной грыжей и морбидным ожирением: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Бухара, 2022. – 19 с.
2. Грачев Д.Б. Обоснование выбора способа операции у пациентов с вентральными грыжами и ожирением: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Самара, 2023. – 24 с.
3. Дедов И.И., Шестакова М.В., Мельниченко Г.А. и др. Междисциплинарные клинические рекомендации «Лечение ожирения и коморбидных заболеваний» // Ожирение и метаболизм. – 2021. – Т. 18, № 1. – С. 5–99.
4. Belyansky I., Reza Zahiri H., Sanford Z., Weltz A.S., Park A. Early operative outcomes of endoscopic (eTEP access) robotic-assisted retromuscular abdominal wall hernia repair // *Hernia*. – 2018. – Vol. 22, No. 5. – P. 837–847.
5. Chandeze M.M., Moszkowicz D., Beauchet A., Vychnevskaja K., Pschaut F., Bouillot J.L. Ventral hernia surgery in morbidly obese patients, immediate or after bariatric surgery preparation: results of a case-matched study // *Surgery for Obesity and Related Diseases*. – 2019. – Vol. 15, No. 1. – P. 83–88. – DOI: 10.1016/j.soard.2018.09.490.
6. Clapp B., Lee I., Liggett E., Cutshall M., Tudor B., Pradhan G., Aguirre K., Tyroch A. Are concomitant operations during bariatric surgery safe? An analysis of the MBSAQIP database // *Obesity Surgery*. – 2020. – Vol. 30, No. 11. – P. 4474–4481. – DOI: 10.1007/s11695-020-04848-y.
7. Cozacov Y., Szomstein S., Safdie F.M., et al. Is the use of prosthetic mesh recommended in severely obese patients undergoing concomitant abdominal wall hernia repair and sleeve gastrectomy? // *Journal of the American College of Surgeons*. – 2014. – Vol. 218. – P. 358–362.
8. Dąbrowiecki S., Szczesny W., Popławski C., Sosnowski D. Intragastric balloon (BIB System) in the treatment of obesity and preparation of patients for surgery – own experience and literature review // *Polski Przegląd Chirurgiczny*. – 2011. – Vol. 83, No. 4. – P. 181–187.
9. Datta T., Eid G., Nahmias N., Dallal R.M. Management of ventral hernias during laparoscopic gastric bypass // *Surgery for Obesity and Related Diseases*. – 2008. – Vol. 4, No. 6. – P. 754–758.
10. De Smet G.H.J., Sneider D., Yurtkap Y., et al. Functional outcomes in symptomatic versus asymptomatic patients undergoing incisional hernia repair: replacing one problem with another? A prospective cohort study in 1312 patients // *International Journal of Surgery*. – 2020. – Vol. 82. – P. 76–84.
11. Degn K.B., Juhl C.B., Sturis J., et al. One week's treatment with the long-acting glucagon-like peptide-1 derivative liraglutide (NN2211) markedly improves 24-h glycemia and alpha- and beta-cell function and

- reduces endogenous glucose release in patients with type 2 diabetes // *Diabetes*. – 2004. – Vol. 53, No. 5. – P. 1187–1194. – DOI: 10.2337/diabetes.53.5.1187.
- 12.Dietz U.A., Kudsi O.Y., Gokcal F., Bou-Ayash N., Pfeifferkorn U., Rudofsky G., Baur J., Wiegering A. Excess body weight and abdominal hernia // *Visceral Medicine*. – 2021. – Vol. 37, No. 4. – P. 246–253. – DOI: 10.1159/000516047.
- 13.Donkor C., Gonzalez A., Gallas M.R., Helbig M., Weinstein C., Rodriguez J. Current perspectives in robotic hernia repair // *Robotic Surgery*. – 2017. – Vol. 4. – P. 57–67.
- 14.Drent M.L., Larsson I., William-Olsson T., et al. Orlistat (Ro 18-0647), a lipase inhibitor, in the treatment of human obesity: a multiple dose study // *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*. – 1995. – Vol. 19, No. 4. – P. 221–226.
- 15.Eid G.M., Mattar S.G., Hamad G., et al. Repair of ventral hernias in morbidly obese patients undergoing laparoscopic gastric bypass should not be deferred // *Surgical Endoscopy*. – 2004. – Vol. 18, No. 2. – P. 207–210.
- 16.Eid G.M., Wikel K.J., Entabi F., Saleem M. Ventral hernias in morbidly obese patients: a suggested algorithm for operative repair // *Obesity Surgery*. – 2013. – Vol. 23, No. 5. – P. 703–709. – DOI: 10.1007/s11695-013-0883-5.
- 17.Froylich D., Segal M., Weinstein A., Hatib K., Shiloni E., Hazzan D. Laparoscopic versus open ventral hernia repair in obese patients: a long-term follow-up // *Surgical Endoscopy*. – 2016. – Vol. 30, No. 2. – P. 670–675. – DOI: 10.1007/s00464-015-4258-y.
- 18.Gonzalez A., Escobar E., Romero R., Walker G., Mejias J., Gallas M., et al. Robotic-assisted ventral hernia repair: a multicenter evaluation of clinical outcomes // *Surgical Endoscopy*. – 2017. – Vol. 31, No. 3. – P. 1342–1349.
- 19.Heniford B.T., Park A., Ramshaw B.J., Voeller G. Laparoscopic repair of ventral hernias: nine years' experience with 850 consecutive hernias // *Annals of Surgery*. – 2003. – Vol. 238, No. 3. – P. 391–399.
- 20.Hollander P.A., Elbein S.C., Hirsch I.B., et al. Role of orlistat in the treatment of obese patients with type 2 diabetes: a 1-year randomized double-blind study // *Diabetes Care*. – 1998. – Vol. 21, No. 8. – P. 1288–1294. – DOI: 10.2337/diacare.21.8.1288.
- 21.Jensen K.K., Erichsen R., Krarup P.M. The impact of incisional hernia on mortality after colonic cancer resection // *Surgical Endoscopy*. – 2017. – Vol. 31. – P. 2149–2154.
- 22.Kang J.G., Park C.Y. Anti-obesity drugs: a review about their effects and safety // *Diabetes & Metabolism Journal*. – 2012. – Vol. 36, No. 1. – P. 13–25. – DOI: 10.4093/dmj.2012.36.1.13.
- 23.Khorgami Z., Haskins I.N., Aminian A., Andalib A., Rosen M.J., Brethauer S.A., Schauer P.R. Concurrent ventral hernia repair in patients undergoing laparoscopic bariatric surgery: a case-matched study using the National Surgical Quality Improvement Program database // *Surgery for Obesity and Related Diseases*. – 2017. – Vol. 13, No. 6. – P. 997–1002. – DOI: 10.1016/j.soard.2017.01.007.
- 24.Kudsi O.Y., Gokcal F., Chang K. Propensity score matching analysis of short-term outcomes in robotic ventral hernia repair for patients with a body mass index above and below 35 kg/m² // *Hernia*. – 2021. – Vol. 25, No. 1. – P. 115–123.
- 25.Lee J., Mabardy A., Kermani R., Lopez M., Pecquex N., McCluney A. Laparoscopic vs open ventral hernia repair in the era of obesity // *JAMA Surgery*. – 2013. – Vol. 148, No. 8. – P. 723–726.
- 26.Leeman M.F., Ward C., Duxbury M., de Beaux A.C., Tulloh B. The intragastric balloon for pre-operative weight loss in bariatric surgery: is it worthwhile? // *Obesity Surgery*. – 2013. – Vol. 23, No. 8. – P. 1262–1265.
- 27.Mabeza R.M., Cho N.Y., Vadlakonda A., Sakowitz S., Ebrahimian S., Moazzez A., Benharash P. Association of body mass index with morbidity following elective ventral hernia repair // *Surgery Open Science*. – 2023. – Vol. 14. – P. 11–16. – DOI: 10.1016/j.sopen.2023.06.005.
- 28.Marx L., Raharimanantsoa M., Mandala S., D'Urso A., Vix M., Mutter D. Laparoscopic treatment of incisional and primary ventral hernia in morbidly obese patients with a BMI over 35 // *Surgical Endoscopy*. – 2014. – Vol. 28, No. 12. – P. 3310–3314. – DOI: 10.1007/s00464-014-3607-6.
- 29.McNichols C.H.L., Diaconu S., Liang Y., Ikheloa E., Kumar S., Kumar S., Nam A., Rasko Y. Outcomes of ventral hernia repair with concomitant panniculectomy // *Annals of Plastic Surgery*. – 2018. – Vol. 80, No. 4. – P. 391–394. – DOI: 10.1097/SAP.0000000000001277.
- 30.Morrell D.J., Pauli E.M., Lyn-Sue J.R., Haluck R.S., Rogers A.M. Laparoscopic sleeve gastrectomy in patients with complex abdominal wall hernias // *Surgical Endoscopy*. – 2021. – Vol. 35, No. 7. – P. 3881–3889. – DOI: 10.1007/s00464-020-07831-x.
- 31.Newcomb W.L., Polhill J.L., Chen A.Y., Kuwada T.S., Gersin K.S., Getz S.B., et al. Staged hernia repair preceded by gastric bypass for the treatment of morbidly obese patients with complex ventral hernias // *Hernia*. – 2008. – Vol. 12, No. 5. – P. 465–469.
- 32.Novitsky Y.W., Cobb W.S., Kercher K.W., Matthews B.D., Sing R.F., Heniford B.T. Laparoscopic ventral hernia repair in obese patients: a new standard of care // *Archives of Surgery*. – 2006. – Vol. 141, No. 1. – P. 57–61.
- 33.Okusanya O.T., Scott M.F., Low D.W., Morris J.B. The partial underlay preperitoneal with panniculectomy repair for incisional abdominal hernia in the morbidly obese // *Surgery for Obesity and Related Diseases*. – 2014. – Vol. 10, No. 3. – P. 495–501.
- 34.Ortega C.B., Gueron A.D., Portenier D. Endoscopic intragastric balloon // *Scott-Conner C.E.H.*,

Kaiser A.M., Nguyen N.T., et al., eds. Chassin's Operative Strategy in General Surgery: An Expositive Atlas. – Cham: Springer International Publishing, 2022. – P. 307–310.

35. Patel N.G., Ratanshi I., Buchel E.W. The best of abdominal wall reconstruction // Plastic and Reconstructive Surgery. – 2018. – Vol. 141, No. 1. – P. 113e–136e. – DOI: 10.1097/PRS.0000000000003976.

36. Pi-Sunyer X., Astrup A., Fujioka K., et al. A randomized, controlled trial of 3.0 mg of liraglutide in weight management // New England Journal of Medicine. – 2015. – Vol. 373, No. 1. – P. 11–22. – DOI: 10.1056/NEJMoa1411892.

37. Prigeon R.L., Quddusi S., Paty B., D'Alessio D.A. Suppression of glucose production by GLP-1 independent of islet hormones: a novel extrapancreatic effect // American Journal of Physiology – Endocrinology and Metabolism. – 2003. – Vol. 285, No. 4. – P. E701–E707. – DOI: 10.1152/ajpendo.00024.2003.

38. Rodrigues-Gonçalves V., Verdaguer-Tremolosa M., Martínez-López P., et al. Obesity-focused prehabilitation strategies in ventral hernia: cohort study // Hernia. – 2025. – Vol. 29, No. 1. – Art. 202. – DOI: 10.1007/s10029-025-03392-x.

39. Rosen M.J., Aydogdu K., Grafmiller K., Petro C.C., Faiman G.H., Prabhu A. A multidisciplinary approach to medical weight loss prior to complex abdominal wall reconstruction: is it feasible? // Journal of Gastrointestinal Surgery. – 2015. – Vol. 19, No. 8. – P. 1399–1406.

40. Rosenstock J., Hollander P., Gadde K.M., et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

Дворянкин Д.В., Курбаниязов З.Б., Рафиков Б.Р.,
Кочетков А.В., Аскаров П.А., Дворянкин М.Д.

Резюме. В данной статье проанализированы литературные источники, касающиеся одной из самых сложных и обсуждаемых в герниологии проблемы

– выбора тактики хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж у пациентов с ожирением. Значимость этой темы определяется высокой распространенностью указанной категории больных и отсутствием единого подхода к лечению в клинических рекомендациях. Зачастую больные с ожирением (особенно морбидным) имеют серьезный коморбидный статус и тяжелые метаболические расстройства, что приводит к высокому риску развития осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде. Поэтому выбор хирургической тактики играет кардинальную роль в благоприятном результате лечения. Очевидные плюсы одноэтапной тактики – когда сразу выполняется и бариатрическая операция и герниологическая, что позволяет уменьшить койко-дни, проведенные больным в стационаре, улучшить экономическую эффективность и общую удовлетворенность пациента, так как пропадает необходимость в повторной госпитализации и операции. В то же время значительный риск, связанный с анестезией и самой операцией у бариатрических пациентов, диктует необходимость сокращать продолжительность вмешательства и степень хирургической травмы. По этой причине нередко применяется двухэтапная тактика: сначала снижение веса (с помощью бариатрической операции или консервативных методов), а затем выполнение герниологического этапа. До сих пор нет точных рекомендаций, касающихся сроков выполнения второго этапа после первичной операции. В литературе прослеживаются основные тенденции в вопросе выбора хирургической операции – саму герниопластику целесообразно осуществлять преимущественно малоинвазивными методами (лапароскопическими или роботизированными), с обязательной установкой сетчатых протезов, (если ширина дефекта больше 2 см.) и в ретромускулярную или экстраретроперитонеальную позицию. В настоящее время требуется разработка четких критериев отбора больных с ожирением, с учетом основных предикторов, влияющих на осложненное послеоперационное течение, для выполнения одноэтапного или двухэтапного лечения послеоперационных вентральных грыж.

Ключевые слова: Бариатрическая хирургия, послеоперационная вентральная грыжа, ожирение, морбидное ожирение, лапароскопическая герниопластика, роботическая герниопластика, симультанная операция, ретромускулярные методы герниопластики, паникулэктомия.