

ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ К ГЕРНИО- И АБДОМИНОПЛАСТИКЕ БОЛЬНЫХ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ



Курбаниязов Зафар Бабажанович¹, Абдурахманов Диёр Шукуриллаевич¹,
Давлатов Салим Сулаймонович², Салохиддинов Журабек Саидахматович¹,
Сайинаев Фаррух Караматович¹, Ибрагимов Шерзод Умидович¹

1 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд;
2 - Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

МОРБИД СЕМИЗЛИК БИЛАН БЕМОРЛАРНИ ГЕРНИО- ВА АБДОМИНОПЛАСТИКА ОПЕРАЦИЯСИГА ТАЙЁРЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ

Курбаниязов Зафар Бабажанович¹, Абдурахманов Диёр Шукуриллаевич¹,
Давлатов Салим Сулаймонович², Салохиддинов Журабек Саидахматович¹,
Сайинаев Фаррух Караматович¹, Ибрагимов Шерзод Умидович¹

1 - Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.;
2 - Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

FEATURES OF PREOPERATIVE PREPARATION FOR HERNIO- AND ABDOMINOPLASTY IN PATIENTS WITH MORBID OBESITY

Kurbaniyazov Zafar Babajanovich¹, Abdurakhmanov Diyor Shukurillaevich¹,
Davlatov Salim Sulaimonovich², Salokhiddinov Jurabek Saidakhmatovich¹, Sayinaev Farrukh Karamatovich¹,
Ibragimov Sherzod Umidovich¹

1 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand;
2 - Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand, Bukhara

e-mail: dr.kurbaniyazov@inbox.ru

Резюме. Такимилаштирилган пневматик бандаждан фойдаланиш қорин бўшлиғи чурраси ва морбид семизлиги бўлган беморларни операциядан олдинги тайёргарлик сифатини сезиларли даражада яхшилашга, герниопластикадан кейин қорин бўшлиғи гипертензиясини ривожланиш хавфини камайтиришга, беморнинг аҳволини эртароқ яхшилашга ва операциядан кейинги даврда қорин бўшлиғидан ташқари асоратларни 7,4% дан 4,5% гача камайтиришга эришилди.

Калим сўзлар: морбид семизлик, вентрал чурра, операциядан олдинги тайёргарлик.

Abstract. The use of an improved pneumatic bandage allowed to significantly improve the quality of preoperative preparation of patients with ventral hernia and morbid obesity, reduce the risk of developing intra-abdominal hypertension after hernioplasty, achieve an improvement in the patient's condition at an earlier time and, accordingly, reduce the incidence of postoperative extra-abdominal complications from 7.4% to 4.5%.

Key words: morbid obesity, ventral hernia, preoperative preparation.

Введение. В мировой практике в настоящее время практически во всех развитых странах имеется тенденция к увеличению числа людей с избыточной массой тела и ожирением. Ожирение является не только первопричиной таких серьезных терапевтических заболеваний, как гипертоническая болезнь, ИБС, ранний атеросклероз сосудов, сахарный диабет 2 типа, гормональные нарушения, значительно повышающих риск преждевременной смерти, но и способствует появлению вентральных грыж, как первичных, так и по-

сле различных вмешательств на органах брюшной полости. Как правило, такой контингент больных представляет определенную сложность для хирургов по причине имеющихся серьезных сопутствующих заболеваний, вероятных предстоящих технических трудностей во время операции, а также высокого риска развития осложнений в послеоперационном периоде.

Целью исследования является улучшение качества лечения вентральных грыж у больных

морбидным ожирением путем оптимизации предоперационной подготовки.

Материалы и методы исследования. Исследование основано на клинико-лабораторном обследовании 121 больного с вентральными грыжами, которые оперированы в хирургическом отделении 1-й клиники Самаркандского государственного медицинского института за период с 2012 по 2021 год. Всем больным проводили антропометрию с выявлением массы тела. У всех пациентов имелось морбидное ожирение - алиментарная, обусловленная особенностями пищевого поведения, в сочетании с низкой физической активностью. Избыточную массы тела оценивали по классификации предложенной экспертами ВОЗ.

Пациентов по степеням птоза передней брюшной стенки распределяли по классификации А. Matarasso (1989 г.). Минимальный и средний птоз (I-II степень) отмечено у 34 и 42 больных с ожирением III-IV степени соответственно. Умеренный и выраженный птоз (III-IV степень) отмечено у 20 и 25 больных ожирением III-IV степени.

Из 121 больного у 90 (74,4%) больных были сопутствующие заболевания. Из них 49 больных имели 1 сопутствующую патологию, 29 больных – 2 и 12 – 3 сопутствующих заболеваний. Среди сопутствующих патологий часто встречались сердечно-сосудистые заболевания в 83,4% случаев, патология дыхательной системы у 22 (10,1%) больных, варикозная болезнь нижних конечностей у 29 (13,4%) больных и сахарный диабет у 12 (5,5%) больных (табл. 1).

Одним из важных моментов, определяющих исход оперативного вмешательства, следует считать качество предоперационной подготовки. Как известно после иссечения грыжевого мешка и пластики грыжевых ворот значительно повышается внутрибрюшное давление, что приводит к ограничению экскурсии диафрагмы и к нарушению функции внешнего дыхания и гемодинамики. В основном предоперационная подготовка заключалась в подготовке кишечника и тренировке сердца и легких.

Таблица 1. Выявленная сопутствующая патология в исследуемых группах

Сопутствующая патология	Всего (n=121)	
	абс.	%
Гипертоническая болезнь	70	57,8
Ишемическая болезнь сердца	30	24,8
Хроническая обструктивная болезнь легких	9	7,4
Сахарный диабет	5	4,1
Варикозная болезнь нижних конечностей	20	16,5
Всего больных сопутствующей патологией	90	74,4



Рис. 1. Искусственная гипертензия брюшной полости с использованием специального пневматического пояса-бандажа. Пояс-бандаж на больной Д. 6302/518

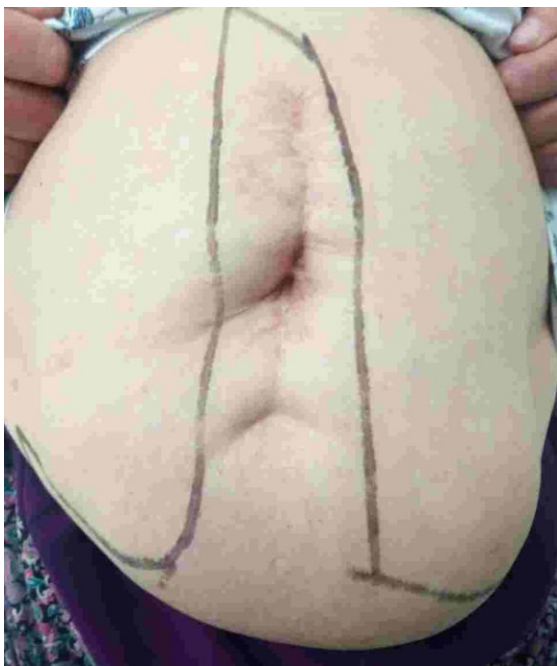


Рис. 2. Варианты предоперационной разметки

В свою очередь, возникшие изменения могут стать причиной не только развития пареза кишечника, но и острой легочно-сердечной недостаточности. Поэтому у таких пациентов особое значение имеет подготовка, направленная на адаптацию сердечно-сосудистой и дыхательной систем к повышенному внутрибрюшному давлению в послеоперационном периоде.

Предоперационная подготовка к операции осуществлялась с участием кардиолога и пульмонолога. Изучали следующие показатели внешнего дыхания по общепринятым методикам: пробу Штанге, частоту дыхания (ЧД), дыхательный объем (ДО), минутный объем дыхания (МОД), жизненную емкость легких (ЖЕЛ), максимальную вентиляцию легких (МВЛ).

46 (38,0%) пациентам на предоперационном этапе мы проводили тренировочную адаптацию к повышению внутрибрюшного давления с помощью применения усовершенствованного пневматического пояс-бандажа (рис. 1).

Путем нагнетания воздуха создается давление в поясе-бандаже и другой трубкой с манометром для определения показателя созданного давления воздуха в поясе-бандаже обеспечивали по всей поверхности передней брюшной стенки постоянное и равномерное давление (от 20 до 30 мм рт.ст./см²). Строение бандажа напоминает танометр, но в широком виде охватывающую полностью талию больного с морбидным ожирением.

Длительное (от нескольких часов до суток в течение 10-30 дней до операции) использование подобного типа пневматических бандажей с двухрядной застежкой позволяло проводить тренировку пациентов к возможному повышению внутрибрюшного давления в послеоперационном периоде. Ни у одного из пациентов не было отмечено каких-либо отрицательных реакций (изменение функции дыхания и моторики кишечника) в результате применения бандажей до операции. В результате постоянного использования изделий на передней брюшной стенке пациентов, даже

при наличии ожирения, не отмечалось признаков ишемии мягких тканей. Эти же самые бандажи пациенты использовали от 1,5 месяцев до 6-и месяцев и после операции.

На предоперационном этапе (за 1-2 дня до операции) все 121 пациент был консультирован врачом лечебной физкультуры. Было проведено обучение дифференцированному дыханию и некоторым другим приемам, щадящим брюшную стенку в послеоперационном периоде (откашливание, повороты на бок, переход из положения лежа в положение сидя и стоя).

Всем пациентам вечером для профилактики тромбозомболических осложнений за 12 ч до операции вводились подкожно низкомолекулярные гепарины (эноксапарин 80 мг) и непосредственно перед операцией проводили бинтование нижних конечностей эластическим бинтом. Для профилактики развития стресс-индуцированного повреждения ЖКТ внутривенно вводили ингибиторы протонной помпы.

По нашему мнению, планирование и проведение гернио- и абдоминопластики нецелесообразно при наличии у пациентов каких-либо очагов инфекции на поверхности кожи. У больных с нарушением жирового обмена и наличием кожно-жирового фартука наряду с общими мероприятиями в условиях дерматологического кабинета (амбулаторно) проводилось лечение мацераций и различных проявлений дерматита в области кожно-жировых складок. Для защиты кожи у таких пациентов широко использовали средства местного применения.

Накануне предстоящей операции пациентам проводилась, гигиеническая обработка передней брюшной стенки. Непосредственно перед операцией проводили разметку кожи.

Основными требованиями для проведения разметки операционного поля (рис. 2) являются: максимальное опущение мягких тканей передней брюшной стенки (при вертикальном положении пациента), индивидуальный учет подвижности (смещаемости) кожно-жирового слоя для определения границ иссечения тканей, проведение срединной линии для правильной транспозиции пупка, соблюдение симметрии при нанесении дополнительных линий. Перед хирургическим вмешательством в положении пациента стоя специальным маркером (фломастер-перманент) или 5%-ным раствором перманганата калия на коже живота намечали срединную линию от мечевидного отростка до лобка и линию будущего разреза. Для обеспечения симметрии во время иссечения избытков тканей передней брюшной стенки дополнительно на коже проводили вспомогательные линии: радиально и симметрично расходящиеся от мечевидного отростка до лона и подвздошно-

паховых областей, либо вертикальные в равномерно отстоящие от средней линии.

При птозе передней брюшной стенки линию предстоящего горизонтального разреза проводили на 1.0 -2.0 см выше линии роста волос на лонном, дугообразно изгибая его по направлению к осям подвздошных костей. Длина предполагаемого разреза зависела от длины естественной складки, располагавшейся под кожно-жировыми избытками, а его наружные границы соответствовали началу формирования кожно-жировых складок.

Таким образом, применение усовершенствованного пневмобандажа позволило достоверно улучшить качество предоперационной подготовки больных морбидным ожирением и вентральной грыжей, снизить риск развития внутрибрюшной гипертензии после герниопластики. достигнуть улучшения состояния пациента в более ранние сроки. Проведение подготовки кожи операционного поля – лечение опрелостей, расчесов, гнойников, нередко образующихся под кожной складкой в надлобковой области сократило частоту послеоперационных осложнений.

Выводы: Применение усовершенствованного пневмобандажа позволило достоверно улучшить качество предоперационной подготовки больных с вентральной грыжей и морбидным ожирением, снизить риск развития внутрибрюшной гипертензии после герниопластики, достигнуть улучшения состояния пациента в более ранние сроки и соответственно сократить частоту послеоперационных внеабдоминальных осложнений с 7,4% до 4,5%.

Литература:

1. Абдурахманов Д., Рахманов К., Давлатов С. Тактико-технические аспекты хирургических вмешательств при грыжах живота и сочетанной абдоминальной патологии // Журнал гепатогастроэнтерологических исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 3. – С. 11-16.
2. Абдуллаева Н.Н., Вязикова Н.Ф., Шмырина К.В. Особенности эпилепсии у лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения // Dobrokhotov readings. – 2017. – №. 2. – С. 31.
3. Галимов О. В. и др. Опыт выполнения хирургических вмешательств у пациентов с избыточной массой тела и ожирением //Медико-фармацевтический журнал «Пульс». – 2019. – Т. 21. – №. 8. – С. 71-76.
4. Давлатов С. Послеоперационные вентральные грыжи: современное состояние проблемы // Журнал проблемы биологии и медицины. – 2019. – №. 1 (107). – С. 169-174.
5. Mardonov B. A., Sherbekov U. A., Vohidov J. J. Современные подходы к лечению пациентов с вентральными грыжами симультанными патоло-

гиями //Клінічна та експериментальна патологія. – 2018. – Т. 17. – №. 3.

6. Ширанов А. Б. и др. Тактика ведения больных с послеоперационными вентральными грыжами и ожирением //Медико-фармацевтический журнал «Пульс». – 2017. – Т. 19. – №. 11. – С. 92-96.

7. Babazhanovich, K. Z., Erdanovich, R. K., Abdukodirovich, E. A., & Shukurillaevich, A. D. (2022). Clinical Efficacy and Technical Aspects of Endovideosurgical Treatment of Hiatal Hernia. Texas Journal of Medical Science, 5, 20-26.

8. Baig S. J., Priya P. Management of ventral hernia in patients with BMI> 30 Kg/m2: outcomes based on an institutional algorithm // Hernia. – 2021. – Т. 25. – №. 3. – С. 689-699.

9. Chandeze M. M. et al. 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. – Т. 15. – №. 1. – С. 83-88.

10. Christopher A. N. et al. Abdominal Body Contouring: Does Body Mass Index Affect Clinical and Patient Reported Outcomes? // Journal of Surgical Research. – 2022. – Т. 270. – С. 348-358.

11. Rosa S. C. et al. Quality of life and predictive factors for complications in patients undergoing abdominoplasty after gastric bypass: A retrospective cohort //Surgery for Obesity and Related Diseases. – 2019. – Т. 15. – №. 3. – С. 447-455.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ К ГЕРНИО- И АБДОМИНОПЛАСТИКЕ БОЛЬНЫХ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Курбаниязов З.Б., Абдурахманов Д.Ш., Давлатов С.С., Салохиддинов Ж.С., Сайинаев Ф.К.

Резюме. Применение усовершенствованного пневмобандажа позволило достоверно улучшить качество предоперационной подготовки больных с вентральной грыжей и морбидным ожирением, снизить риск развития внутрибрюшной гипертензии после герниопластики, достигнуть улучшения состояния пациента в более ранние сроки и соответственно сократить частоту послеоперационных внеабдоминальных осложнений с 7,4% до 4,5%.

Ключевые слова: морбидное ожирение, вентральная грыжа, предоперационная подготовка.