

Тешаев О.Р.,  
Хайитов И.Б.,  
Сапаев Д.А.,  
Дадажонов Э.М.,  
Тавашаров Б.Н.

**АБДОМИНОПЛАСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ  
ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ  
III-IV СТЕПЕНИ**

Ташкентская медицинская академия

Актуальность: Герниопластика послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) с абдоминопластикой остается одной из распространенных оперативных вмешательств в хирургии у больных ожирением с выраженным кожно-жировым фартуком [4,8, 9]. Важной причиной, влияющей на процессы грыжеобразования, служит наличие у больных сопутствующей патологии в виде нарушения жирового обмена. В настоящее время абдоминопластика, как самостоятельная операция достаточно распространена в пластической хирургии и имеет эстетическое и косметическое значение [5,6]. Широкая мобилизация кожно-жирового лоскута позволяет оценить состояние тканей вокруг дефекта апоневроза, выявить добавочные грыжевые ворота и слабые участки [1,2,4]. Применение абдоминопластики у больных с послеоперационными вентральными грыжами и ожирением улучшает течение послеоперационного периода, снижает число осложнений и дает лучшие ближайшие и отдаленные результаты [3,8]. Удаление значительного количества жировой ткани в области живота является профилактикой рецидива послеоперационных грыж. По мере восстановления целостности апоневроза, улучшения силуэта фигуры создается относительный комфорт без устранения основной причины ожирения [5,10]. Основными преимуществами абдоминопластики являются [8]:

- возможность удаления большой жировой массы с избыточным отвисшим кожным лоскутом, растянутым, грубым послеоперационным рубцом;
- возможность выполнения абдоминопластики в надчревной области с созданием мышечно-апоневротического корсета со значительным уменьшением окружности талии на десятки сантиметров (при других видах абдоминопластики возникает значительный избыток кожи в надчревной области, который сохраняется даже при наложении дополнительных глубоких швов);

Многие авторы соглашаются с тем, что ожирение является доминирующим фактором в развитии послеоперационных грыж и лишь небольшое количество хирургов отмечает необходимость удаления при вентральном грыжесечении кожно-жирового фартука [3,4,7,8,9]. В литературе отсутствует логичное, основанное на полных клинических исследованиях объяснение необходимости и целесообразности дополнения вентрального грыжесечения с абдоминопластикой.

Материалы и методы: С января 2007 года до декабря 2010 года в хирургических отделениях ГКБ №1 г.Ташкента прооперировано 215 больных с послеоперационными вентральными грыжами передней брюшной стенки; У 158 больных сопутствовали ожирение различной степени. При распределении больных мы придерживались классификаций Д.Е.Тоскина и Т.Т.Жембровского (1990г), подразделявших грыжи по величине на четыре группы: малые, средние, большие (обширные) и гигантские. Из них 83 пациентов в возрасте от 27 до 68 лет страдали ожирением III-IV степени и наличием выраженного кожно-жирового фартука. Из них женщин было 82, 1 пациент был мужского пола.

Больные были разделены на две группы. Контрольную группу составили 34 больных с ожирением III-IV ст, им было выполнено грыжесечение с пластикой аутоканями и протезирующими материалами. Основную группу составили 49 больных, которым было выполнено комплексное оперативное лечение, включающее грыжесечение с абдоминопластикой.

Всем больным проводилась антропометрия, включающая измерение роста, массы тела, вычисление индекса массы тела (ИМТ). Стандартный критерий для определения ожирения – (ИМТ). ИМТ определяется по формуле: вес разделить на квадрат роста:

- 20-26 – здоровый;
- 26-28 – повышенное питание;
- 28-31 – ожирение I степени;
- 31-36 – ожирение II степени;
- 36-41 – ожирение III степени;
- более 41 – ожирение IV степени.

А также проводилась общеклиническое, биохимическое исследование. Измерение внутрибрюшного давления до и после операции. Среди 83 (52.5%) пациентов с ожирением III-IV у 70(84%) имелась расширяющаяся вниз форма живота, у 8 (9,6%) – овоидная форма и у 5 (6.0%) – расширяющаяся вверх форма живота. Полученные данные позволяли выбрать опти-

мальный оперативный доступ при герниопластике и абдоминопластике при послеоперационных вентральных грыжах. Электрокардиография и ультразвуковое исследование органов брюшной полости выполнялись всем 158 пациентам. Ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы проводили по показаниям, страдающим ишемической болезнью сердца. Оценивались основные показатели (ударный объем, сердечный выброс). При определении скрытой сердечно-сосудистой недостаточности использовали тест шестиминутной ходьбы (ТШХ). 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 к работе в условиях повышенного внутрибрюшного давления. Также проводилась подготовка кожи операционного поля – лечение опрелостей, расчесов, гнойников, нередко образующихся под кожной складкой в надлобковой области. 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). Всем больным проводилось рентгенологическое исследование органов грудной клетки, по показаниям – ирригоскопия, рентгенконтрастное исследование желудка и ДПК. Критерии исключения из исследования: возраст старше 70 лет; тяжелая соматическая патология в стадии декомпенсации; онкологические заболевания; отказ больного от динамического наблюдения и обследования.

Оперативное лечение больных контрольной группы заключалось пластика грыжевого дефекта аутоотканями и протезирующими материалами по показаниям. При протезирующих пластиках трансплантат фиксирован по методике onlay, inlay и sublay. При необходимости, с целью увеличения объема брюшной полости, для предупреждения развития синдрома малого живота и дыхательной недостаточности, пластика передней брюшной стенки выполнялась комбинированным способом - с добавлением мобилизации влагалищ прямых мышц живота.

Этап грыжесечения у больных основной и контрольной групп не отличалась. Особенностью оперативного лечения больных основной группы являлось включение комбинированной абдоминопластики.

Этап протезирующей герниопластики с комбинированной абдоминопластикой заключалось следующим:

После обработки операционного поля на кожу передней брюшной стенки наносился рисунок типа "якоря" (разрез по Fleisch), окаймляя грыжевое выпячивание, старый послеоперационный рубец и кожно-жировую складку (рис.1).

После разреза кожи и подкожного жирового слоя до апоневроза избыточная складка по рисунку удалялась и выделялся грыжевой мешок. Края кожно-жировых лоскутов широко отсепаровывались кнаружи и кверху. Протезирование грыжевого дефекта соответственно по показаниям(рис.2). После завершения герниопластику с абдоминопластикой у больных над апоневрозом оставляли дренажную перфорированную трубку, свободные концы которой выводились ниже горизонтального разреза и фиксировались к коже и дренировали по Редону.

Края кожной раны совмещали путём умеренной тракции книзу и к средней линии. Горизонтальный участок разреза кожи прошивался одиночными швами, разрез по средней линии – внутрикожными швами. В месте соединения трёх кожных лоскутов, треугольный участок кожи над лоном прошивался снизу внутрикожно, свободные концы лигатур выводились снизу на кожу боковых участков и лигировались без натяжения. Этот приём позволял избегать некроза треугольного лоскута. Назначалось раннее вставание, дыхательная гимнастика, антикоагулянты, физиотерапия. Дренажную трубку удаляли в сроки от 2 до 8 суток под наблюдением УЗИ в динамике.

Результаты и обсуждения. В целом, среди обследованных (n=215) распространенность ожирения различной степени (ИМТ от 28 до 60,9) составила 73,4% (n=158). При этом III-IV степень ожирения (ИМТ от 36 до 60,9) имели 38,6% (n=83). Было выявлено нарастание частоты ожирения с возрастом. Доля ожирения составила 36,6% у женщин моложе 45 лет, 59,7% у женщин в возрасте от 45 до 55 лет и 84,4% у женщин старше 55 лет.

Для оценки эффективности результатов лечения больных в обсуждаемых группах в качестве основных критериев использовались показатель частоты рецидива грыжевого выпячивания, характер и тяжесть возникших осложнений. В динамике исследованы отдельные антропометрические показатели: масса тела (МТ, кг), индекс массы тела (ИМТ, кг/м<sup>2</sup>). Также исследовали динамику внутрибрюшного давления (ВБД, мм.рт.ст.), лабораторные данные, течение сопутствующей патологии и уровень качества жизни.

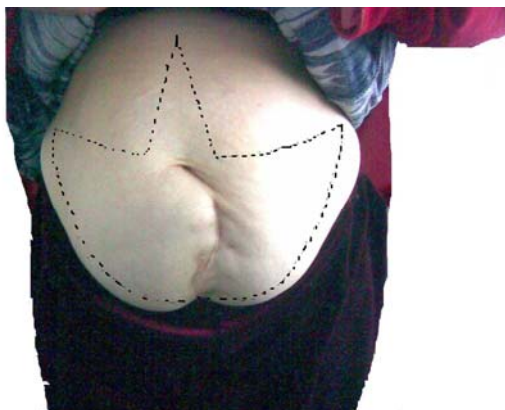


Рис.1. Рисунок типа "якоря" (разрез по Fleisch).

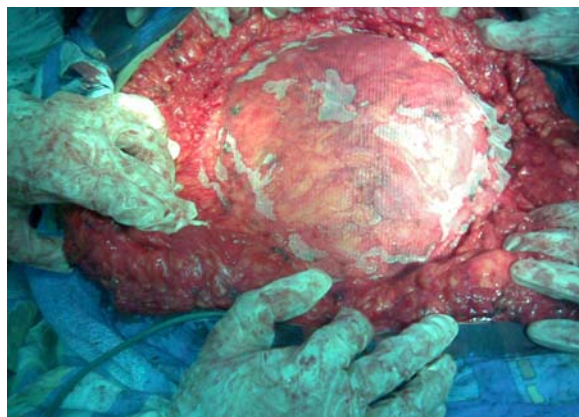


Рис.2. Пластика грыжевого дефекта полипропиленовым сетчатым имплантатом



Рис.3 15 суток после операции

Из 83 лечившихся больных один случай (3,4%) закончилась летальным исходом в контрольной группе. Причина смерти острая сердечно-сосудистая недостаточность.

Послеоперационном периоде у больных контрольной группы наблюдалось 11 осложнений (32,3%), (инфильтрат у 3, гематома у 2, серома у 3, лимфоррея у 2 и нагноение раны у 1). Бронхолегочные осложнения наблюдались у 8, явления сердечной недостаточности у 7 больных, последние проявлялись низкими показателями артериального давления, учащением пульса, одышкой. Последние осложнения устраняли совместно с пульмонологом и кардиореаниматологом.

В основной группе осложнения были у 4 пациентов (8,1%). (нагноение послеоперационной раны у 1 больного, инфильтрат в области послеоперационной раны у 2, некроз края кожного лоскута у 1). Бронхолегочные осложнения наблюдались у 2, сердечная недостаточность у 1 больного в возрасте 66 лет, страдающего постинфарктным кардиосклерозом.

Таким образом, наибольшее количество осложнений наблюдалось у больных в контрольной группе. Наименьшее количество сердечно-легочные и местные осложнений после операции отмечено в основной группе больных.

При динамическом наблюдении больных контрольной группы показатели массы тела, и соответственно показатели ИМТ, существенных изменений не претерпели. У больных контрольной группы при динамическом наблюдении, показатели, характеризующие степень абдоминального ожирения существенных изменений не понесли. У пациентов основной группы показатели абдоминального ожирения соответственно ИМТ понесли глобальные изменения.

Это положительно сказалось на дальнейших жизненных перспективах, поскольку именно абдоминальный тип распределения жировой ткани, в наибольшей степени ассоциирующийся с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2 типа, претерпевает существенные изменения.

При исследовании уровня гликемии у пациентов контрольной группы существенных изменений не было выявлено. Через 1 год после операции сахарный диабет II типа был выявлен еще у 3 пациентов и общее количество таких больных составило 12 (14,4%). У больных основной группы при исследовании уровня гликемии отмечалось достоверное снижение показателей после проведенного лечения. Превышения уровня глюкозы крови 6,1 ммоль/л у пациентов основной группы выявлено не было.

В обеих группах исходно у 63 человек (75,8%) имелась артериальная гипертензия различной степени. При динамическом наблюдении в отдаленном послеоперационном периоде у больных контрольной группы отмечено сохранение высоких цифр АД, с тенденцией к переходу в более тяжелые степени артериальной гипертензии. У больных основной группы отмечено снижение высоких цифр АД, с тенденцией к переходу в более легкие степени артериальной гипертензии.

У больных обеих групп на этапах лечения, в динамике измеряли уровень внутрибрюшного давления. Исходя из полученных данных, были выявлены закономерные изменения показателей внутрибрюшного давления в сторону их повышения на этапах операции, связанные с погружением грыжевого содержимого и герниопластикой. Выполнение комбинированной методики с мобилизацией прямых мышц по Ramirez, примененной 17 пациентам контрольной группы и 15 пациентам основной группы, которой достигается увеличение объема брюшной полости, позволило избежать повышения внутрибрюшного давления.

Анализ результатов исследования, которое оценивало показатели качества жизни у больных обеих групп, с помощью опросника SF-36, не установил существенных различий между состоянием до операции в основной и контрольной группах. В основной группе больных, после операции, через 3 месяца отмечено улучшение качества жизни по всем компонентам исследования.

**Выводы:**

- Абдоминопластика является не только косметической операцией у больных, страдающих ожирением с избыточными жировыми отложениями на брюшной стенке, но и при наличии послеоперационных вентральных грыж – техническим хирургическим приемом, позволяющим улучшить результаты герниопластики.

- Лечение больных с ожирением должно быть комплексным и индивидуальным, как в оценке исходного состояния больного, так и в выборе метода лечения, поскольку в задачи таких операций входит не только снижение массы тела, но и нормализация метаболических процессов.

- Герниопластика с абдоминопластикой у больных с послеоперационными вентральными грыжами передней брюшной стенки, страдающих ожирением III-IV степени, выполняемая после тщательной предоперационной подготовки, как правило, улучшает качество жизни пациентов и дает удовлетворительный косметический эффект.

- Сочетание герниологической операции с абдоминопластикой корректирующая форму тела и устраняющая эстетические неудобства, вносит большой вклад в психологическую и социальную реабилитацию больных ожирением и является хорошим стимулом для выработки мотивации к снижению массы тела.

#### **Использованная литература**

1. Актуальные проблемы современной герниологии. Саенко В.Ф., Белянский Л. С.; Клин. хирургия 2003; 11: 3-5.
2. Аллопластические и аутопластические методы лечения послеоперационных грыж больших размеров. / Тимошин А. Д. и соавт.; Вестник герниологии 2004: 120-126.
3. Абдоминопластика при операциях по поводу вентральных грыж. Тимербулатов В.М., Попов О.С., Попова О.В. и соавт.; Хирургия 2006; 4: 24-27.
4. Кожемяцкий В.М., Чанцева В.И., Кожемяцкая Ж.В. Использование косметической абдоминопластики при оперативном лечении обширных вентральных грыж. // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии, №4, 2002. - 60.
5. Леонов А. Абдоминопластика в эстетической хирургии // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. №4. 2002. - 72.
6. Сидоренков Д.А. Пластическая эстетическая хирургия в лечении ожирения. // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. №4, 2002. - 107.
7. Федоров Ю.Ю. Современная концепция абдоминопластики. // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. №4, 2002. - 114.
8. Олейничук, А. С. Особенности хирургического лечения вентральных грыж у больных с избыточной массой тела и ожирением. Автореф канд.дисс. 2010 г. Москва.
9. Douglas RJ, de la Torrell, Gardner PM, Grant JH, Fix RJ, Vasconez LO. Abdominoplasty repair for abdominal wall hernias. Ann Plast Surg, 2003;1:85-86
10. Shiffman MA, Mirrafati S (Eds) Aesthetic surgery of abdominal wall, 2005.