

циент облитерации (отношение площади артерий со стенкой к площади ее просветов) характеризовал пропускную способность артерий. У больных 1 группы по сравнению с контрольной группой в стволовых ворсинах происходило достоверное снижение внутреннего просвета артерий с утолщением стенки, что привело к повышению выраженности облитерационных процессов и снизило способность артерий к растяжению. Во 2 группе по сравнению с контрольными величинами происходило значимое сужение внутреннего просвета артерий стволовых ворсин, толщина стенок артерий имела лишь тенденцию к утолщению, но коэффициент облитерации был достоверно повышен. В 3 группе различия в характеристиках артерий стволовых ворсин по сравнению с нормой выявлены не были.

У больных при дренировании мочевых путей при сравнении с консервативным ведением пациенток в стволовых ворсинах наружный диаметр артерий и толщина стенок были меньше, что повысило способность сосудов к растяжению. Коэффициент элонгации артерий стволовых ворсин имел наибольшее значение в 3 группе, статистически значимо превышающий аналогичный показатель во 2 группе. В промежуточных ворсинах у больных 1 и 2 групп был выявлен артериоспазм с уменьшением внутреннего диаметра и утолщением сосудистой стенки, облитерацией просвета. Это изменения были наиболее выражены при консервативном ведении пациенток. В 3 группе по сравнению с нормой различия отсутствовали. Узкие просветы артерий с концентрическим ремоделированием ввиду утолщения сосудистой стенки, наблюдаемые в 1 и 2 группах, способствовали повышению сосудистого сопротивления в промежуточных ворсинах. Во всех трех клинических группах по сравнению с контрольной группой имело место утолщение стенок капилляров в терминальных ворсинах, наиболее выраженное в 1 группе. При консервативном ведении пациенток одновременно с утолщением эндотелия капилляров происходило перемещение капилляров к периферии ворсин, возрастало количество субэпителиально расположенных сосудов или «подсинцитиальных» сетей.

Выводы:

1. Морфологические изменения в плаценте при консервативном ведении пиелонефрита представлены преобладанием инволютивно-деструктивных процессов и расстройств кровообращения (инфаркты, петрификаты, кальцификаты) над компенсаторно-приспособительными, признаками плацентарной недостаточности и воспалительными изменениями в плаценте, экстраплацентарных оболочках, уменьшением межворсинчатого пространства за счет разрастания стромы ворсин, отложением фибриноида со стороны межворсинчатого пространства, фибриноидным перерождением эпителия ворсин, характеризуются формированием облитерационной ангиопатии с концентрическим сужением просвета артерий в стволовых и промежуточных ворсинах и снижением капилляризации терминальных ворсин.

2. При дренировании мочевых путей капилляризация терминальных ворсин возрастает, при наружном дренировании облитерационная ангиопатия характерна только для промежуточных ворсин, повышается встречаемость компенсаторно-приспособительных реакций, сокращается площадь деструктивных и воспалительных изменений в плаценте, плацентарном ложе матки, что является патофизиологической основой снижения гестационных осложнений при своевременном восстановлении пассажа мочи.

Литература

1. Иремашвили В. В. // Русский медицинский журнал. 2007. Т. 15. №29. С. 2231–2236.
2. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. М.: Трида-Х. 2003.
3. Елохина Т.Е., Орджоникидзе Н.В., Емельянова А.И., Пустотина О.А. // Мед. кафедра. 2003. №1. С. 88–94.

MORPHOLOGICAL RESEARCH OF PLACENTAE AND THEIR VESSELS AT PREGNANT WOMEN AT A PYELONEPHRITIS IN CONDITIONS OF CONSERVATIVE AND ENDOSURGICAL TACTICS OF TREATMENT

M.E. VLASYUK, I.O. PAKUS, S.V. RYZHKOV, O.I. PAKUS, O.V. VORONOVA, S.N. MOISEENKO, O.G. BEREZHNAJA

Rostov-on-Don Maternity Home, Regional Hospital №2

In morphological study at pregnant women with a pyelonephritis at various tactics of treatment it is established, that changes in a

placenta were most intensive at conservative conducting pyelonephritis and above adaptive, attributes of placental insufficiency and inflammatory changes in a placenta, extraplacental environments are presented by prevalence of destructive processes and circulatory disturbances. At unloading uric ways occurrence of adaptive reactions raises, the area of destructive and inflammatory changes in a placenta is reduced, blood filling in capillaries raises in terminal villus, that is a basis of pathophysiological decrease of gestational complications of pregnancy at timely restoration of urine passage of.

Key words: a pyelonephritis, a placenta, vessels, terminal villus

УДК - (16-089+616-07):613.24

АБДОМИНОПЛАСТИКА – КАК МЕТОД КОРРЕКЦИИ ТЕЛА ПОСЛЕ МАСИВНОГО СНИЖЕНИЯ ВЕСА

И.Е. ХАТЬКОВ*, Д.Р. ГРИШКЯН**

Даны точные параметры выбора различных методов абдоминопластики, их эффективность. Проанализированы наиболее частые осложнения при выполнении после массивного снижения веса тела.

Ключевые слова: абдоминопластика, ожирение, кожно-жировой лоскут.

Задачами абдоминопластики у пациентов, перенесших значительное снижение веса, являются возврат нормальных эстетических пропорций живота путем уменьшения его выпуклости, подтягивание тканей лонной области кверху, раскрытие паховых складок и перемещение кожных растяжек в нижнюю, менее заметную зону.

В общей сложности было выполнено 37 вмешательств, из которых 15 являлись комбинированными. В зависимости от ситуации, для выполнения абдоминопластики нами использовались различные виды разрезы: поперечный и вертикальный. Наиболее часто мы применяли нижний оперативный доступ по Mladick и его модификации, а также доступ по Ramirez.

При отсутствии необходимости широкой мобилизации кожно-жирового лоскута передней брюшной стенки (при небольших избытках кожи над пупком) нами выполнялась миниабдоминопластика, при которой мобилизовался и иссекался участок тканей только в зоне над лонной костью. В 4 случаях, при слабости мышечного каркаса была выполнена пластика белой линии живота с наложением эндоскопических швов. При этом не потребовалось дополнительных разрезов и широкой мобилизации кожно-жирового лоскута.

Эндоскопическую абдоминопластику выполняли следующим образом. После мобилизации кожно-жирового лоскута до уровня условной линии, проведенной от пупка до гребня подвздошных костей, выполнялось туннелирование области, ограниченной с каждой стороны линией от пупка до гребней подвздошных костей. После этого из нижнего разреза на белую линию живота накладывали двухэтажный шов: от мечевидного отростка до пупка под видеозендоскопическим контролем и под визуальным контролем – от пупка до лонной кости. Затем выполняли мобилизацию области белой линии живота с видеозендоскопическим контролем гемостаза.

При расширении пупочного кольца и дефектах белой линии живота выше пупка, через которые проникала предбрюшинная жировая клетчатка (6 случаев), мы выполняли иссечение этих выпячиваний и послойное закрытие дефектов. При ослаблении брюшной стенки вдоль белой линии и расхождении прямых мышц живота нами выполнялось сшивание влагалищ прямых мышц или мышечно-апоневротическая пластика.

В случаях выраженной дряблости апоневроза мы использовали мышечно-апоневротическую пластику белой линии живота, заключающуюся в рассечении влагалищ прямых мышц живота по медиальному краю и мобилизации прямых мышц, которые сшивались между собой над белой линией живота узловыми постоянными швами и укреплялись швами апоневроза. При недостаточном тонусе брюшной стенки в нижних участках, ушивание белой линии дополнялось пластикой апоневроза наружной косой

* Кафедра факультетской хирургии № 2 МГМСУ основана в 1970 году и располагается на базе 70, 68 ГКБ, КБ ЦМЧ №119, ЦВКАГ №7, 111399, г. Москва, Федеративный просп., д. 17, E-mail: gkb70@mosgorzdrav.ru

** «ООО НПК Кафедра косметологии и пластической хирургии» г. Москва, Шिताва набережная, д. 72 к.2, E-mail: c-clinic@yandex.ru

мышцы живота вдоль линии, соединяющей пупок с остью подвздошной кости слева и справа.

При избытке тканей в нижнем отделе живота и верхней трети бедер мы предпочитали низкий горизонтальный разрез, позволяющий компенсировать эти излишки и подтянуть нижний край разреза вверх, навстречу верхнему лоскуту. При малой подвижности тканей и нежелательной широкой мобилизации кожно-жирового лоскута вследствие повышения риска его ишемии, нами использовался более рациональный комбинированный разрез, выполненный ближе к пупочному кольцу, что позволяло избежать чрезмерного натяжения и ишемии верхнего лоскута. Как правило, кожно-жировой лоскут мобилизовали до уровня пупка при небольших объемах абдоминопластики и до уровня мечевидного отростка грудины при полной пластике живота с переносом пупка и пластикой белой линии живота.

Кожный разрез для формирования пупочной воронки выполняли в виде перевернутой латинской буквы V, с длиной сторон не более 1,5 см. Жировую клетчатку под линией разреза иссекали в виде усеченного конуса, диаметр которого был равен толщине подкожно-жировой клетчатки в этой зоне. При выполнении вертикального или комбинированного разреза в точке формирования пупка из кожно-жирового лоскута также иссекали жировую клетчатку в виде конуса, а пупочную воронку подшивали циркулярно к коже и апоневрозу для создания более естественного вида втяжения пупка.

После формирования пупочного кольца между кожно-жировым лоскутом и мышечно-апоневротическим комплексом накладывали отдельные лагирующие абсорбируемые швы, располагающиеся равномерно по всей поверхности отслоенного лоскута с натяжением медиально и книзу. Эти швы обеспечивали иммобилизацию лоскута относительно апоневроза с одновременным уменьшением напряжения на основной линии швов.

Величину излишков лоскута по средней линии мы определяли, смещая нижний край разреза вверх с таким же натяжением, как и верхний книзу. После этого измеряли избытки кожно-жирового лоскута в латеральных участках, при этом векторы натяжения распределялись в виде веера с условной средней точкой на уровне верхней ветви лонной кости. В случае обнаружения признаков ишемии натяжение тканей ослабляли или переводили горизонтальный разрез в комбинированный.

Наиболее частыми осложнениями абдоминопластики в наших наблюдениях являлись гематомы и серомы брюшной стенки, возникшие в общей сложности у 26,3% пациентов при широкой мобилизации тканей. Иммобилизирующие швы, на наш взгляд, не только уменьшают смещение лоскута относительно мышечно-апоневротического комплекса, но и разделяют полость на отдельные участки, что локализует процесс. Большинство гематом было удалено путем их аспирации через толстую иглу или через небольшое вскрытие операционной раны в ранние сроки. Для полной ликвидации обширных сером требовалось до 8 пункций.

Слишком сильное натяжение тканей и напряжение при затягивании швов, недостаточно глубокое их наложение у 13,1% пациентов привело к прорезыванию нитей и расхождению швов в послеоперационном периоде. В последующем, выполнение таких простых рекомендаций, как наложение бандажа, расположение в кровати с немного подтянутыми к животу ногами в ранний послеоперационный период и несколько наклонное положение туловища вперед при ходьбе в первые сутки после операции позволили уменьшить напряжение швов и создать благоприятные условия для заживления раны.

Несмотря на дооперационное и интраоперационное внутривенное введение антибиотиков, орошение полости антисептиками по ходу операции, адекватное дренирование и послойное закрытие операционной раны, в 7,2% случаев нами были выявлены признаки инфицирования операционной раны. Однократного локального вскрытия операционной раны, промывания антисептиками и дренирования зоны воспаления для ликвидации этого осложнения практически во всех случаях оказалось достаточно.

Мы считаем, что широкая мобилизация кожно-жирового лоскута и чрезмерное его натяжение также в значительной степени повышают вероятность возникновения ишемии в дистальных участках лоскута. Кроме того, на наш взгляд, риск возникновения этих

осложнений увеличивается при применении горизонтального разреза, поэтому, если во время операции возникали малейшие признаки ишемии тканей, мы переходили на комбинированный разрез.

У 4 пациентов были выявлены осложнения со стороны пупка: в трех случаях отмечалась его неправильная форма и расположение, в 1 случае – рубцовая деформация. Применение методики перевернутой латинской буквы V для пластики пупка позволяет, на наш взгляд, минимизировать послеоперационную деформацию пупочного кольца.

Большинство наших пациентов были удовлетворены качеством послеоперационных рубцов, однако в 12,8% случаев нами было выявлено образование гипертрофических рубцов. Формирование келоидных рубцов не наблюдалось ни в одном из случаев. У 75% наших пациентов, перенесших абдоминопластику, отмечалось нарушение чувствительности в дистальном отделе лоскута в виде частичной анестезии или гиперестезии. Чувствительность восстанавливалась, как правило, в течение года после операции, однако не всегда полностью.

Безусловно, одним из существенных недостатков широкой абдоминопластики является большой рубец, простирающийся по всем сторонам брюшной стенки. Однако большинство наших пациентов были единодушны в том мнении, что более приемлемый контур тела, достигнутый с минимально возможной хирургической агрессией, для них важнее. Немаловажным обстоятельством являлось и оптимальное расположение рубцов, позволяющее скрыть их под купальными костюмами.

Практически все пациенты были удовлетворены эстетическими результатами абдоминопластики, несмотря на большой шрам брюшной стенки. Очевидно, что эти результаты были далеки от идеальных, однако по сравнению с «исходной» ситуацией операция действительно позволила в значительной степени улучшить внешний вид и качество жизни пациентов.

В отдаленном послеоперационном периоде ограничения движений из-за боли в брюшной стенке ни в одном из случаев выявлено не было. Все пациенты улучшили свою двигательную активность, многие из них стали способны выполнять не только простую, но и усложненный комплекс физических упражнений. Ликвидация больших складок кожи облегчила проведение гигиенических процедур тела и значительно улучшила его внешний вид, что сделало пациентов более уверенными в себе, в социальной и межличностной интеграции.

Литература

1. Сидоренков Д.А., Суламанидзе Г.М., Миланов Н.О. Применение методов механической липосакции для удаления избытков подкожной жировой клетчатки // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. 2005. № 4. С. 35–41.
2. Суламанидзе Г.М. Сравнительная характеристика современных методов липосакции. – Автореф. ... к.м.н. – 14.00.27. М. 2008. 18 с.
3. Rea T, Di Paolo S, Sigismondi G, Tauro A, Strassera R, Picardi N. History and pathophysiologic analysis of the various techniques in bariatric surgery // *Ann Ital Chir*. 2005. V. 76. № 5. P. 425–32.
4. Le Goff S, Lédée N, Bader G. Obesity and reproduction: a literature review // *Gynecol Obstet Fertil*. 2008. V. 36, № 5. P. 543–50.
5. Pallua N, Demir E. Postbariatric plastic surgery // *Chirurg*. 2008. V. 79. № 9. P. 843–53.

ABDOMINAL PLASTIC SURGERY AS A METHOD OF BODY CORRECTION AFTER SIGNIFICANT BODY WEIGHT LOSS

I.E. KHATKOV, D.R. GRISHKYAN

Open Company Research and Production Company "Chair of Cosmetology and Plastic Surgery"

This article is about the exact parameters of a choosing various methods of abdominal plastics and their efficiency. The most frequent complications after significant weight reduction of body weight are analyzed.

Key words: abdominal plastics, obesity, cellulocutaneous flap.