

SUMMARY
EIGHT FLAP-PLASTY - A NEW METHOD OF
LOCAL PLASTIC OPERATION
Kurbanov U.A., Davlatov A.A., Jononov D.D.

This work is devoted a new way of the local-plastic operation, based on principles Z-plasty for repair of postburn extremities' contracture with a long scar crest which is named by authors an eight-flap plasty. The given way is developed on the basis of experience of treatment of 255 patients with postburn scar contracture of 142 large joints and 356 fingers in the various ways of local-plastic operations. The way of an eight-flap plasty is approved at 8 patients with postburn scar contracture of large joints (6) and fingers (2). The remote results studied at 6 patients, have shown good efficiency of a way. Authors have come to conclusion that a way of an eight-flap plasty expanding an arsenal of ways, increases possibilities of local-plastic operations and is alternative to difficult kinds of reconstructive operations for repair of postburn contracture with a long scar crest.

Key words: postburn contracture repair, multiple Z-plasty, seven flap-plasty, eight flap-plasty

Адрес для корреспонденции:

У.А. Курбанов - ректор ТГМУ им. Абуали ибни Сино; Таджикистан, Душанбе, пр. Рудаки, 139, Тел: +992 (37) 224-45-83, 224-36-87. E-mail: kurbonovua@mail.ru

ЛЕЧЕНИЕ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

А.А. Давлатов, У.А. Курбанов, С.М. Джанобилова, К.А. Исмоилов

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой и грудной хирургии МЗ РТ; ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В статье приведён опыт хирургического лечения вентральных грыж с техникой абдоминопластики на примере 75 больных. Подробно описана техника выполнения операции с указанием особенностей операции при различных нестандартных ситуациях. Обобщение результатов показало, что, в общем, осложнения при таком подходе встречались только лишь в 6,7%, а в отдалённом послеоперационном периоде рецидивов грыж не отмечалось ни в одном случае.

Ключевые слова: вентральные грыжи, грыжесечение, абдоминопластика

Актуальность. Вот уже более 200 лет хирурги занимаются решением проблемы грыж живота, но до сих пор нет единого подхода к тактике лечения, к технике операции и ведения больных с послеоперационными грыжами. Не имея возможности в данной статье достаточно подробно привести исторические моменты, необходимо подчеркнуть лишь то, что в медицинской библиотеке имеются десятки фундаментальных работ по данной проблеме, где описаны более ста методов пластики грыж передней брюшной стенки (ПБС), в России создано "Общество герниологов", издаётся журнал "Герниология", последние годы этому вопросу посвящены многочисленные симпозиумы и конференции, защищены диссертации и опубликованы монографии и статьи. Современные взгляды на старую проблему направлены на использование аллотрансплантатов при лечении грыж, а перспективы развития герниологии предусматривают усовершенствование алломатериалов и фибринового клея [1,2,6,8,11,17].

Однако, как традиционные методы герниопластики, так и "ненатяжная герниология", не учитывая деталей причин грыжеобразования и рецидива грыжи, выполняется "слепо" и рассматривает проблему лишь на участке дефекта ПБС, т.е. как местный локальный процесс, который необходимо восполнить [1,4,5,14,16]. Вследствие этого, несмотря на бурный прогресс в области современной герниологии, по сей день отмечается высокая частота рецидивов (2-48%) и осложнений при лечении грыж ПБС, более того, имеется тенденция к росту. Следовательно, эти методики являются вынужденными и паллиативными, не позволяют радикально корректировать грыжи живота, чтобы получить гарантированное отсутствие рецидивов. Набрав определённый опыт в лечении больных с грыжами живота, и анализируя существующие пробелы в данном вопросе, мы попытались их решить путём кардинального пересмотра всего комплекса лечения в целом, а не отдельных его моментов.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения вентральных грыж с применением техники абдоминопластики.

Материал и методы. Мы располагаем опытом лечения 75 больных с грыжами живота. Необходимо подчеркнуть, что число больных с послеоперационными грыжами - 54 (72%) значительно превосходило больных с приобретёнными грыжами - 21 (28%). Причём у 38 (70,4%) из них, грыжи были рецидивными. Следует также особо отметить, что почти все пациенты были лицами женского пола с избыточным весом, а также с двумя и более родами в анамнезе. Мужчин было только 4. Возраст пациентов в момент обращения к нам колебался от 26 до 73 лет. Чаще всего грыжи располагались в области послеоперационного рубца, по средней линии, как выше пупка, так и ниже с одинаковой частотой, и гораздо реже - в области послеоперационных рубцов, расположенных в подвздошных (4) и подребёрных областях (1). Нередко (25 случаев - 46,3%) среди больных с послеоперационными грыжами отмечалось наличие двух и более грыжевых выпячиваний. Лишь у 15 больных грыжи были небольшого размера в пределах одной анатомической области, и это были в основном послеродовые, ранее не оперированные грыжи. В основном (60 случаев - 80%) у больных отмечались большие и гигантские грыжевые выпячивания. Из-за наличия толстого жирового "фартука", множественных, обезображивающих, втянутых и широких послеоперационных рубцов, в ходе предоперационного обследования очень трудно было точно определить величину грыжевых ворот. К тому же, при первичном осмотре этих больных, грыжи не вправлялись или лишь частично вправлялись в грыжевые ворота. Только после длительной предоперационной подготовки удавалось вправить грыжи и пропальпировать живот. При этом отмечалось дряблость мышечно-апоневротического слоя ПБС, отсутствие брюшного пресса и выраженный диастаз прямых мышц живота, пропускающий 4 и более пальца. У 8 пациенток передняя стенка живота была представлена лишь рубцовой кожей, где отсутствовал мышечно-апоневротический слой, а петли кишечника легко контурировались.

Начиная с 1995г в отделении пластической и реконструктивной микрохирургии г. Душанбе ведётся целенаправленная работа по внедрению в концепцию хирургического лечения больных с вентральными грыжами техники эстетической абдоминопластики. Прежде чем перейти к описанию методики оперативного вмешательства, хотелось бы ещё раз акцентировать внимание коллег на вопросы тщательного обследования всех органов и систем, а также адекватной предоперационной подготовки больных, которое имеет решающее значение для результатов лечения таких больных. Ввиду того, что нами опубликована статья, где освещены разработанные нами особенности комплексной предоперационной подготовки больных [3], нет необходимости в подробном описании этих аспектов в настоящем сообщении. Заметим лишь то, что сущность её заключается в максимальном очищении кишечника, тренировке и адаптации деятельности внутренних органов и систем больных к повышенному внутрибрюшному давлению, снижении массы тела путём соблюдения ими разгрузочной диеты.

В вертикальном и горизонтальном положении пациента проводится разметка линии досту-

па по схеме классической абдоминопластики - линия доступа проходит на 1,5-2 см выше уровня лобка, т.е. по линии бикини с учётом предполагаемых границ отделения и иссечения тканей. При наличии деформирующих послеоперационных рубцов на ПБС, расположенных выше пупка или же выраженной толщине подкожной жировой клетчатки в боковых отделах, такой доступ является недостаточным и требует отклонения от выполнения стандартного горизонтального доступа. В таких случаях целесообразно сочетать его с вертикальным срединным доступом, т.е. применяя комбинированный доступ в виде якоря по Dufourmentel и Mouly или доступ типа "ракеты".

Инфильтрация подкожной клетчатки ПБС проводится "стандартным" раствором, содержащим физиологический раствор, раствор лидокаина и адреналин в соотношении 1: 200000. Лидокаин тормозит передачу ноцицептивных импульсов из зоны операции, что оказывает положительное влияние на течение анестезии и уменьшает боль в первые 6 часов после операции. Вазоконстриктивный эффект адреналина с одной стороны уменьшает кровопотерю во время операции, и с другой - пролонгирует длительность действия лидокаина.

Далее выполняется разрез кожи по размеченной нижней горизонтальной линии и начинается отслойка кожно-жирового лоскута скальпелем или электроножом в минимально необходимых масштабах, т.е. в той мере, чтобы достаточно эффективно сместить лоскут вниз и иссечь избыток мягких тканей. Выше пупка по средней линии мобилизация кожно-жирового "фартука" выполняется до рукоятки грудины, но в латеральные стороны - менее интенсивно, не заходя за пределы края рёберной дуги наверху и передней подмышечной линии, или только до парамедиальных линий внизу, чтобы сохранить часть перфорантов и васкуляризацию кожи. Пупок следует обойти вокруг, чтобы сохранить его ножку. Сдвигая кожно-жировой лоскут с определённым усилием в дистально-медиальном направлении, иссекается избыток кожно-жирового лоскута вместе с рубцово-изменённой кожей.

На данном этапе одновременно выполняется наиболее сложный этап операции - выделение грыжевого мешка, ревизия грыжевого содержимого, рассечение спаек между органами, расположенными в грыжевом мешке, и брюшиной, а при необходимости резекция изменённой хроническим воспалением и постоянной травматизацией части большого сальника. В ходе выделения грыж у ряда больных (9) были отмечены множественные грыжи по средней линии живота, расположенные в ряд по типу бус различных размеров. В наших наблюдениях размеры грыжевых дефектов ПБС варьировали от 4 до 380 см² (в среднем 105,5 см²). В составе грыжевого содержимого чаще всего (57 случаев - 76%) были петли тонкого кишечника и пряди большого сальника (28 случаев - 37,3%), а в одном случае - также купол слепой кишки с червеобразным отростком. Обязательным считаем ревизию брюшной полости. По заранее планированному объёму операции нами также 21 (28%) больному выполнены симультанные операции, такие как: холецистэктомия (11), аппендэктомия (1), перевязка маточных труб (5), удаление кисты яичника (4).

Самым главным и ответственным этапом оперативного вмешательства является устранение грыжевого дефекта с пластикой мышечно-апоневротического слоя ПБС. Первоначально выполняется маркировка границ дефекта, масштабов истончения мышечно-апоневротического слоя и диастаза прямых мышц живота по срединной линии (обычно шириной 6-12 см), на всём протяжении от мечевидного отростка до уровня лонной кости раствором бриллиантовой зелени. Для пластики нами использован только атравматический монофиламентный шовный материал нейлон, прочностью 5 metric (2 USP), имеющий однородную структуру с гладкой поверхностью, благодаря чему, не повреждая, легко протягивается через ткани. Устранение грыжевого дефекта осуществляется путём создания дубликатуры мышечно-апоневротического слоя ПБС.

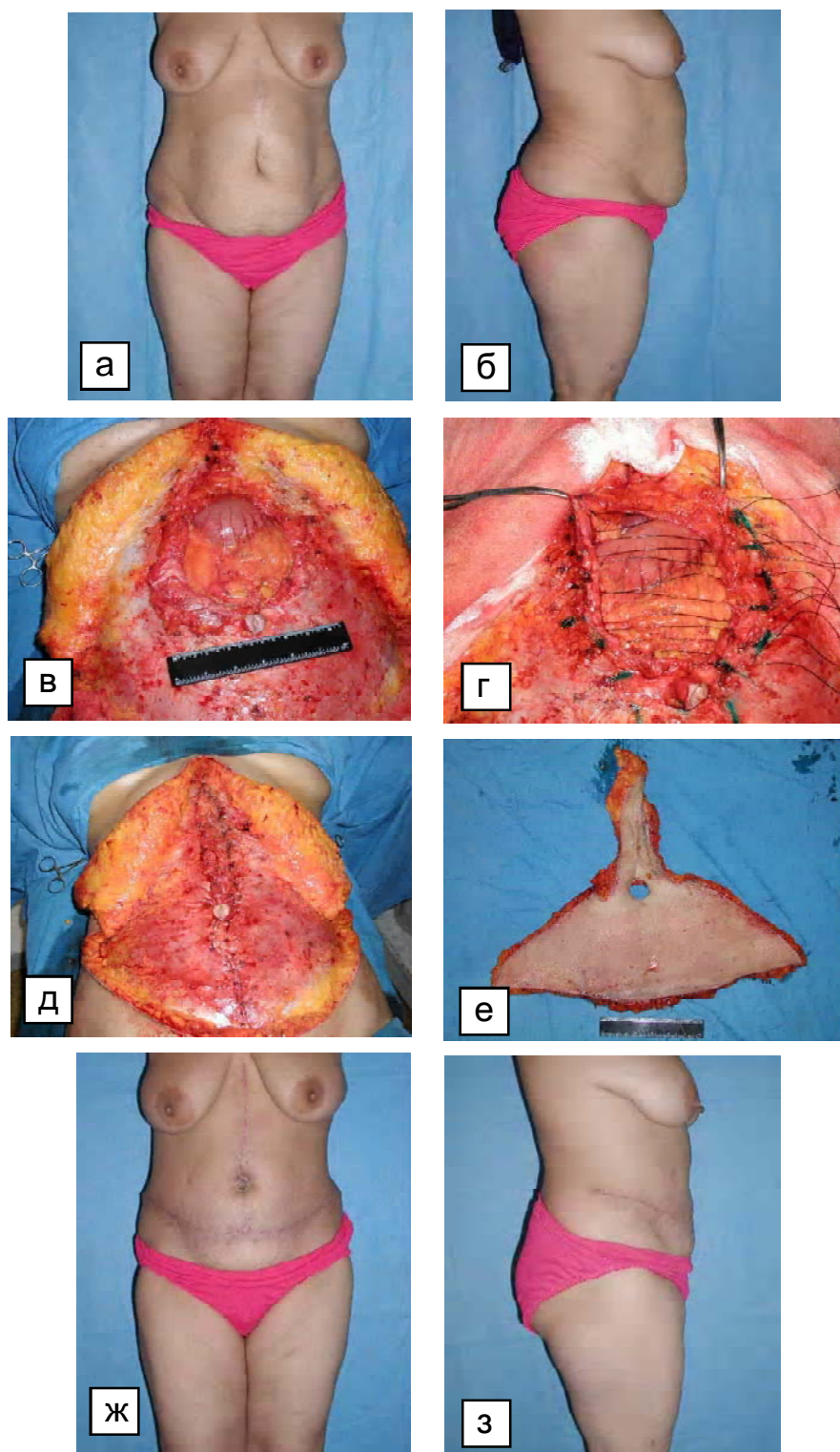


Рис. 1. Устранение большого грыжевого дефекта путём создания дубликатуры мышечно-апоневротического слоя: а и б - вид ПБС до операции; в - истинный грыжевой дефект общей площадью 252 см.кв.; г - устранение дефекта мышечно-апоневротического слоя ПБС; д - вид мышечно-апоневротического слоя ПБС после устранения грыжевого дефекта местными тканями; е - резецированная часть кожно-жировой ткани; ж и з- отдалённый результат через 8 месяцев.

Приводим клиническое наблюдение.

Больная К., 43 лет, и/б 94, поступила 12.01.2004г. с диагнозом трёхкратно- рецидивная послеоперационная грыжа. Состояние после холецистэктомии (1997) и грыжесечения (1998, 2000, 2001). После полного обследования и проведения подготовки в течение 2 месяцев, госпитализирована на плановое оперативное лечение. При интраоперационной ревизии размеры грыжевых ворот: 14x18 см. Произведена пластика мышечно-апоневротического слоя БПС полиспасными швами с созданием дубликатуры и ликвидация диастаза прямых мышц живота ниже пупка двойным погружным обвивным швом. Течение послеоперационного периода гладкое, заживление ран - первичным натяжением. Больная на 9-е сутки после операции выписана на амбулаторное долечивание. Через 8 месяцев после операции состояние БПС хорошее, рубцы оформленные, эстетические приемлемые, рецидива грыжи нет (рис. 1).

Здесь необходимо отметить, что не менее важным на данном этапе является тип накладываемых швов, так как от прочности шва в конечном итоге зависят и результаты оперативного вмешательства. На сегодняшний день двойной П-образный шов одной лигатурой в модификации Столярова для ушивания грыжевого дефекта является методом выбора. Этот тип шва позволяет сочетать хорошую адаптацию тканей при формировании дубликатуры П-образными швами с амортизационными свойствами полиспастных швов (рис. 2).

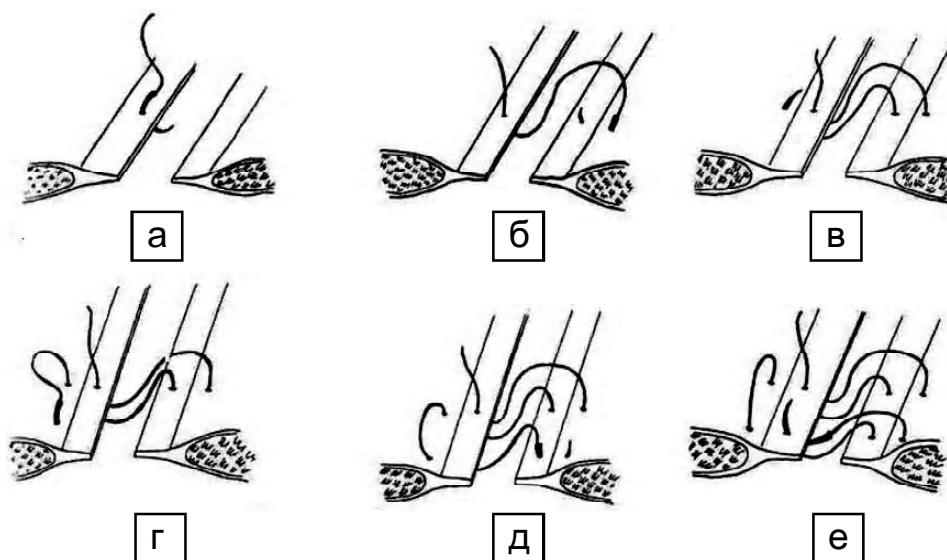


Рис. 2. Двойной П-образный шов одной лигатурой по Столярову: а - е - этапы наложения шва

В целом всем больным грыжевой дефект на ПБС удалось ликвидировать путём пластики местными тканями, лишь 3 из них для большего укрепления ПБС, ввиду выраженной дряблости и истончения мышечно-апоневротического слоя по всей поверхности ПБС, зона пластики дополнительно укрыта тяжёлой сеткой фирмы Ethicon (prolene mesh).

Что касается положения и сохранения пупка, то в случаях, когда грыжа не пупочная, выполняется транспозиция окружающих пупок тканей, создавая его новую форму и сохраняя его нормальное анатомическое положение. В опрокинутом состоянии кожно-жирового лоскута предварительно измеряется расстояние от горизонтальной линии разреза до пупка, которое обычно составляет 10-12 см. Затем, уложив кожно-жировой лоскут V-образным разрезом, создаётся отверстие на уровне пупка, после чего иссекается участок подкожной жировой клетчатки, расположенный по глубокому краю вновь создаваемого в лоскуте канала и, наконец, узловыми швами рассасывающейся нитью викрил или дексон (3/0 USP) три угла пупка фиксируются к апоневрозу. Кожные узловы швы накладываются нитью нейлон прочностью 1,5 metric (4/0 USP).

При пупочных грыжах зачастую трудно сохранить пупок, ибо при пластике seriously нарушается его кровообращение, что может повлечь за собой полный некроз пупка. Следовательно, сохранение пупка в таких случаях решается индивидуально. Среди наших больных в 5 случаях пупок был резецирован вместе с изменёнными рубцовыми тканями из-за бесперспективности

его сохранения.

После смещения кожно-жирового лоскута в каудальном направлении, непрерывным рассасывающим швом нитью биозин 2/0 соединяется глубокая поверхность кожно-жирового лоскута и поверхность апоневроза, чтобы широкие раневые поверхности не смещались по отношению друг к другу. В ходе этого, для профилактики развития надрубцовой жировой ткани, так называемых "собачьих ушек", лоскут по краям приводится к медиальной линии и с двух сторон фиксируется узловым подкожным швом этой же нитью к надкостнице гребня подвздошной кости. Затем, сопоставляя края кожи с минимальным натяжением, накладывается удаляемый внутрикожный шов нитью пролен прочностью 0 USP.

При завершении операции считаем обязательным дренирование раны с активной аспирацией содержимого с использованием замкнутой вакуумной системы типа Редон, так как широкая отслойка тканей повышает риск скопления гематом и сером, развития нагноений в послеоперационном периоде. Всем больным мы устанавливали два одноразовых дренажа с перфорационными отверстиями по всей длине остаточной полости. У всех больных в первые сутки отмечалось истечение по дренажам геморрагической, а в дальнейшем серозной жидкости. Количество отделяемой серозно-геморрагической жидкости достигало 50 мл в сутки, с тенденцией к постепенному уменьшению и на 3-5-е сутки не превышало 10 мл, что служило показанием к удалению дренажа.

Результаты. К непосредственным результатам отнесены данные при исследовании пациентов в раннем послеоперационном периоде в течение первых трёх месяцев после хирургического вмешательства, когда происходит заживление ран, восстановление основных функций организма и реабилитация больного. В 70 (93,3%) случаях послеоперационный период протекал гладко, заживление ран было первичным натяжением. Больные на 8-10 сутки после операции выписаны на амбулаторное долечивание под нашим наблюдением. В ближайшем послеоперационном периоде различные осложнения зарегистрированы только у 5 больных, что составило 6,7%. Ранние послеоперационные осложнения могут быть: малые (нагноение раны, раневая серома, гематома, краевой некроз кожи, некроз пупка) и большие (синдром высокого ВБД, тромбоэмболия лёгких, жировая эмболия, глубокий венозный тромбоз нижних конечностей, нарушение чувствительности кожи бедра, потеря кожной чувствительности на ПБС, некроз лоскута, энтерокожный свищ и смерть).

Локальные осложнения в виде частичного краевого некроза кожи с жировым некрозом, при использовании доступа в виде перевёрнутой буквы "Т" регистрировалось в 2 случаях из 13. В наших наблюдениях, нами не были отмечены такие осложнения как: тромбоэмболия лёгочной артерии, жировая эмболия, глубокий венозный тромбоз нижних конечностей, некроз кожного лоскута, энтерокожный свищ ни в одном случае.

У 4 (5,3%) больных развился синдром высокого внутрибрюшного давления, в одном случае из которых, медикоментозное лечение было безуспешным. Следует заметить, все эти осложнения зарегистрированы на первых порах работы по данной методике.

Больные, оперировавшиеся по поводу вентральных грыж, уже в течение первого месяца после операции отмечали улучшение эмоционального статуса, способность подниматься со стула или кровати, делать упражнения и поднимать предметы с пола.

Отдалённые результаты прослежены у всех оперированных больных в сроках от 1 года до 15 лет. У больных с большими и гигантскими грыжами ПБС результаты оценивали, прежде всего, по наличию или отсутствия рецидива, уменьшению или исчезновению патологических симптомов со стороны внутренних органов, по возможности самообслуживания и социальной адаптации. Рецидивов грыж и деформации ПБС не отмечено ни в одном случае.

Приводим клиническое наблюдение.

Больная Н., 1953г.р., и/б 669, поступила 25.04.05г с диагнозом: Многократно-рецидивная вправимая послеоперационная грыжа передней брюшной стенки. В 1992г больная перенесла кесарево сечение. Несколько месяцев спустя она заметила появление грыжевого выпячивания в области послеоперационного рубца. В условиях районной больницы в 1995 г в плановом порядке больной было произведено грыжесечение с пластикой грыжевых ворот местными тканями. Однако, через полгода грыжа вновь рецидивировала. В последующие годы (2000, 2002, 2003, 2004) больная ещё четырежды оперирована по поводу ущемления грыжи, после которых также наступал рецидив.

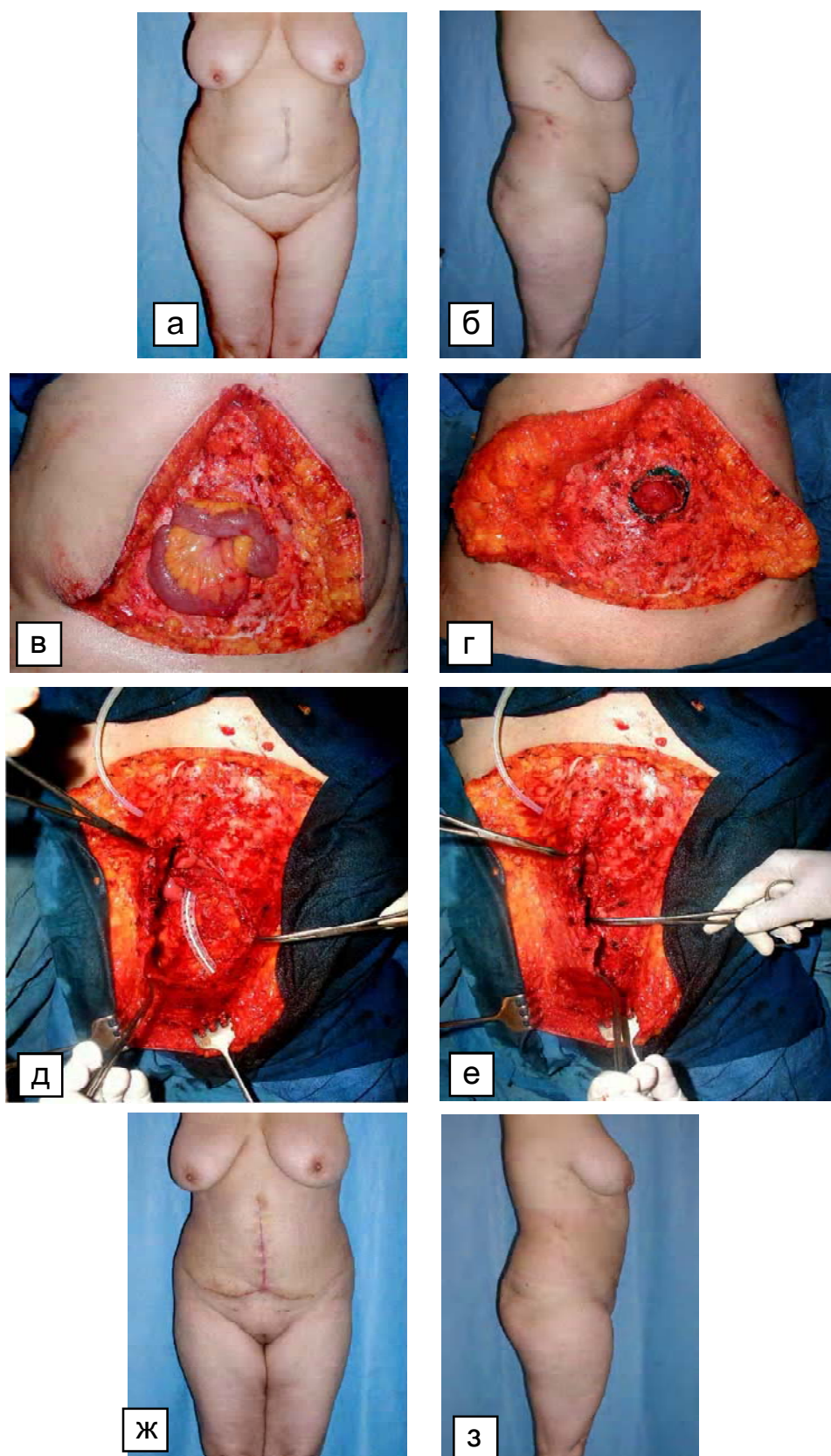


Рис. 3. Устранение шестикратно-рецидивной вентральной грыжи техникой абдоминопластики: а и б- вид ПБС до операции; в - е - этапы операции; ж и з - результат через 6 месяцев после операции

При осмотре по средней линии ниже области пупка отмечается послеоперационный рубец длиной 22 см и шириной 1,5 см. Пупок отсутствует. Справа от рубца имеется большое грыжевое выпячивание размерами 25х28 см. Кожно-жировой слой на ПБС умеренно развит, тургор кожи сниженный, вследствие этого отмечается отвислость нижних отделов живота. В горизонтальном положении большой грыжа полностью вправляется, грыжевые ворота около 10 см в диаметре. Симптом "кашлевого толчка" положительный. При пальпации живот мягкий, подвздут, умеренно болезненный в области грыжевого выпячивания. Стул со склонностью к запорам. Больной была сделана операция якореподобным разрезом (длина поперечного разреза 22 см и вертикального - 25 см) Хотя диаметр основного грыжевого дефекта относительно средних размеров - 7 см, отмечаются множественные спайки между кишечником и внутренней поверхностью ПБС, особенно по средней линии. Образовавшиеся два мышечно-апоневротического листка уложены один на другой и выполнена дубликатура с наложением двух рядов двойного П-образного шва одной лигатурой по Столярову. Течение послеоперационного периода гладкое, заживление ран - первичным натяжением. Больная на 8-е сутки после операции выписана на амбулаторное долечивание. Через 6 месяцев после операции состояние передней брюшной стенки удовлетворительное, рубцы оформлены, эстетически приемлемы, рецидива грыжи нет (рис. 3).

Обсуждение. Послеоперационные грыжи являются самым неожиданным осложнением после полостных операций на животе как для пациента, так и для хирурга, ибо больной в надежде избавиться от одного недуга, порой приобретает взамен гораздо большую проблему, ведущую к ограничению физической активности, а хирурга беспокоит чувство вины. Что касается частоты, то по данным русскоязычных и западных публикаций последних лет, изданных ведущими герниологами, операции, выполняемые по поводу грыж, составляют 25% хирургических вмешательств [7-9,12,13]. История герниологии включает годы поисков хирургами разных стран технических разработок для надёжной пластики ПБС и длительный период оценки неэффективности предложенных способов и причин рецидивов грыж. До сих пор герниологами основное внимание уделяется усовершенствованию тактических и технических приёмов, направленных на укрепление ПБС и не учитывается весь комплекс патологических изменений ПБС и эстетические потребности пациентов. Такой подход, конечно же, в большинстве случаев ведёт к неудачному исходу с рецидивом грыжи, что в ряде случаев лишает возможности в последующем устранить дефект мышечно-апоневротического слоя ПБС за счёт местных тканей. В настоящее время, мы находимся на том этапе развития герниологии, который большинство авторов именует "неизбежной эрой аллопластики, которая и решает эту старую хирургическую проблему". По их мнению, пластика ПБС аллотрансплантатами, несмотря на ряд проблем, возникающих при их применении, такие как: скопление жидкости вокруг протеза, инфекция, сокращение и миграция сетки, формирование свищей и т.д., всё же является "безальтернативной методикой", ввиду того, что "значительно упрощает и стандартизирует технику герниопластики" [2]. Такую точку зрения на сегодня мы считаем необоснованной и с сожалением констатируем, что сторонники аллопластики несколько недооценивают способы пластики ПБС местными тканями, говоря о ней как о методе, который не в состоянии решить проблему надёжного лечения грыж. Мы не противники применения аллотрансплантатов, но считаем прибегать к ним нужно в крайних случаях, и, наоборот, призываем широко использовать пластику местными тканями, причём не в традиционном её описании, а с использованием техники эстетической абдоминопластики. Опыт нашей клиники

подтверждает целесообразность данного подхода, так как вышеупомянутые методы не учитывают состояния окружающих тканей, и не корректируют другие проявления анатомо-функциональной недостаточности ПБС. Весьма уместным считаем обсудить некоторые особенности и преимущества используемой нами методики лечения больных с вентральными грыжами.

Прежде всего, тщательная подготовка и обследование больных в течение двух и более месяцев, что, к сожалению, не соблюдается в настоящее время. Во многих хирургических отделениях нашей республики этому контингенту больных, после поверхностного осмотра и исследования пары лабораторных анализов, без проведения УЗИ, исследования ФВД и измерения внутрибрюшного давления, а также без проведения комплексной предоперационной подготовки, выполняются грыжесечения, что, на наш взгляд, считается грубейшей ошибкой.

Оперативные доступы, используемые при существующих методиках, выполняются не только без учёта эстетики, что далеко не безразлично в современном мире, но являются весьма неудобными, малообзорными, ограничивающими поле действия хирурга. Необходимо реконструировать всю ПБС, а не только участок, где располагается грыжевой дефект. Реконструкция ПБС в целом должна включать в себя ликвидацию грыжевого дефекта, равномерное распределение силы натяжения на всю площадь мышечно-апоневротического слоя, устранение избытков кожно-жирового слоя и деформаций покровных тканей. При использовании техники эстетической абдоминопластики, выполняется низкий горизонтальный разрез, который в последующем остаётся в зоне бикини, а широкое выделение кожно-жирового слоя создаёт полный обзор всей мышечно-апоневротической поверхности ПБС. Это позволяет определить визуально истинные масштабы изменений мышечно-апоневротических тканей за пределами грыжевых ворот, а также дать оценку состояния тканей, окружающих дефект, что очень трудно выполнить при традиционных методах грыжесечения. Следует отметить, что длина разреза зависит от величины окружности живота, чем меньше эта величина, тем короче горизонтальный разрез

Но в случаях, когда имеют место срединные рубцы после лапаротомии, нужно сочетать горизонтальные и вертикальные доступы. При этом горизонтальный разрез укорачивается, образуется разрез типа "якоря" или "ракеты", позволяющий иссечь срединный рубец, лучше выделить грыжевой мешок со всех сторон одновременно, тем самым, уменьшая риск повреждения органов внутри грыжевого мешка при невосправляемых или частично вправляемых грыжах. К тому же, такие разрезы позволяют уменьшить размеры талии и сконцентрировать силы натяжения книзу и кнутри. В связи с вышеизложенным, следует помнить, что наличие рубцов на ПБС имеет огромное значение не только в выборе разреза при абдоминопластике, но и влияет на длительность заживления ран. У больных с послеоперационными вентральными грыжами рубцы, являясь источниками хронических инфекций, могут затянуть заживление послеоперационной раны. Для решения данной проблемы больным, не имеющим высокие эстетические потребности с послеоперационным рубцом в средней линии выше пупка и наличием грыжи в этой области, максимально собрав избыточный кожно-жировой слой по средней линии, разрез выполняли от мечевидного отростка до лона в виде эллипса, не продолжая его горизонтально. Таким образом не образуется зоны пересечения трёх линий и смыкания верхушек двух лоскутов, где, как правило, - слабое кровоснабжение, приводящее зачастую к краевому некрозу. Недостатком данного доступа является вертикальное положение рубца и оставшийся избыток кожно-

жировой ткани в нижнем отделе живота, что считается неприемлемым с эстетической точки зрения.

Как известно, сложность выделения грыжевого мешка обусловлена нарушением нормальной анатомии стенки живота и наличием послеоперационных рубцов. Последние, как правило, деформируют не только кожу ПБС, но стягивают всю её толщу, образуя подобно хрящу, плотные тяжи, создающие множественные камеры, в которых переплетается содержимое грыжевого мешка. В таких случаях петли тонкого кишечника и прядь сальника, находящиеся внутри грыжевого мешка фиксируются спайками между собой, париетальной брюшиной и стенками грыжевого мешка, образуя конгломерат. При этом, чем больше времени прошло от момента возникновения грыжи, тем распространённое и массивнее сращения. Постоянная травматизация анатомических образований внутри грыжевого мешка приводит к утолщению и хроническому воспалению, вызывая постоянную болезненность. Поэтому в таких случаях необходимо иссечь излишек кожно-жирового "фартука" вместе с рубцово-изменённой частью, а также считаем целесообразным резецировать изменённую часть сальника, что способствует свободному вправлению петель кишечника в брюшную полость. На данном этапе очень важно, по мере возможности, разъединить фиброзные тяжи, спаивающие петли кишечника с брюшной стенкой, поскольку в ходе выполнения пластики есть риск захвата стенки кишечника в шов или развития спаечной кишечной непроходимости. Размеры грыжевых ворот не всегда соответствуют истинным размерам дефекта мышечно-апоневротического слоя ПБС. Как правило, грыжевые ворота имеют форму усечённого конуса, а не форму кольца, как представляют себе большинство хирургов. Так, при выделении грыжевого мешка грыжевые ворота иногда кажутся небольших размеров, истинный же участок ослабления и резкого истончения мышечно-апоневротического слоя имеет гораздо большие размеры, что легко можно упустить при традиционных методах герниопластики.

Дефекты средних размеров, расположенные по средней линии, лучше всего расширить в краниальном и каудальном направлении, так как это позволяет не только легче разъединить спайки, но вместе с тем произвести ревизию брюшной полости и выполнить симультанные операции.

Роль шовного материала в успехе заживления ран и профилактике рецидива грыж весьма велика, следовательно, для того, чтобы пластика ПБС была простой, красивой и надёжной необходимо подобрать прочный и устойчивый к инфекциям шовный материал. Современная хирургия богата разнообразными видами шовного материала, различающемся по происхождению, по структуре нити и способности к биodeградации. Учитывая, что синтетические материалы обладают гораздо лучшими свойствами, необходимо использовать самую прочную и монофиламентную нерассасывающуюся нить.

Вывод. Включение аспектов абдоминопластики (использование нижнего поперечного абдоминального разреза с резекцией избыточной кожно-жировой ткани) позволяют выполнить грыжесечение аккуратнее и добиться хороших результатов. При абдоминопластике линия кожных швов находится в отдалении от зоны устранённого грыжевого дефекта мышечно-апоневротического слоя ПБС, в связи с чем, локальные осложнения со стороны раны не могут оказывать влияния на область швов апоневроза. В связи с этим, данный метод является безопасным с низким риском осложнений и рецидива. Этот метод особенно показан тучным больным, пациентам с множественными грыжами и рецидивной грыжей. На основании вышеизложенного, можно заключить, что в целом грыжесечение с

использованием техники абдоминопластики является одним из приоритетных решений данного вопроса, надёжным методом, подкупает простотой и одномоментностью, позволяет определить истинные масштабы дефектов и изменений мышечно-апоневротического слоя ПБС с радикальным их устранением, рационально производить пластику передней стенки живота, а также выполнить сочетанные внутриполостные оперативные вмешательства и свести число рецидивов на нет. Данная методика способствует улучшению качества жизни больных в отдалённом послеоперационном периоде, обеспечивает их социальную адаптацию, которая во многом зависит от внешнего вида и формы тела пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егиев В.Н. Ненатяжная герниопластика // Медпрактика. М. 2002
2. Егиев В.Н. Аллопластика грыж: проблемы и решения /80 лекций по хирургии под редакцией В.С. Савельева. М. Издательство "Литтерра". 2000
3. Курбанов У.А., Давлатов А.А., Джанобилова С.М., Исмоилов К.А. Особенности предоперационной подготовки больных с вентральными грыжами // Здравоохранение Таджикистана. № 4. 2008. С. 24-28
4. Малярчук В.И., Пауткин Ю.Ф. Шашко К.Г. Перфорированный армированный аутодермотрансплантат как альтернатива сетчатым синтетическим эндопротезам в хирургическом лечении больших послеоперационных вентральных грыж // Герниология. № 1. 2004. С. 15-17
5. Рехачев В. П. Послеоперационные вентральные грыжи. Диастазы прямых мышц живота: Монография. Архангельск: Изд. Центр АГМА, 1999
6. Сажин В.П., Климов Д.Е., Сажин А.В., Наумов И.А. Особенности лечения больных с большими послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами// Герниология. № 1. 2004. С. 11-14
7. Славин Л.Е., Фёдоров И.В., Сигал Е.И. Осложнения хирургии грыж живота//М.: Профиль. 2005
8. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л. Концепция хирургического лечения послеоперационных грыж передней брюшной стенки//Герниология. № 1. 2004. С. 5-10
9. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки//М.: Издательство"Триада-Х". 2003
10. Israelsson L.A., Junsson L., Wimo A. Cost analysis of incisional hernia repair by suture or mesh // The Journal of hernias and abdominal wall surgery. September, 2003. Vol. 7. № 3. P. 114-117
11. Langer C., Neufang T., Kley C. et. al. Central mesh recurrence after incisional hernia repair with Marlex - are the meshes strong enough? // Hernia. September, 2001. Vol. 5. № 3. P. 164-167
12. Palmieri, Beniamino., Benuzzi, Georgia. Circumferential mesh in abdominal wall reconstruction: indications, technical notes and case report // Annals of plastic surgery. November, 2003. Vol 51. № 5. P. 439-445
13. Perrakis E., Velimezis G., Vezakis A., Antoniadis J. et al. A new tension-free technique for the repair of umbilical hernia, using the Prolene Hernia System - early results from 48 cases //The Journal of hernias and abdominal wall surgery. December, 2003. Vol.7. № 4. P. 178-180
14. Rios A., Rodriguez J., Munitiz V. et. al. Antibiotic prophylaxis in incisional hernia repair using a prosthesis // Hernia. September, 2001. Vol. 5. № 3. P. 148-152
15. Robertson, J. Douglas., de la Torre, Jorge I., Gardner, Paul M. et al. Abdominoplasty repair for

abdominal wall hernias // Annals of plastic surgery. July, 2003. Vol. 51. № 1. P. 10-16

16. Trivellini G., Bagni C., Sollini A. et. al. Repair of giant hernias using more prosthesis // Hernia. September, 2001. Vol. 5. № 3. P. 124 -128

17. Welty G., Klinge U., Klosterhalfen B. et. al. Functional impairment and complaints following incisional hernia repair with different polypropylene meshes // Hernia. September, 2001. Vol. 5. № 3. P. 142-147

ХУЛОСА

Табобати чурраҳои вентралӣ

**А.А. Давлатов, У. А. Қурбонов,
С. М. Чанобилова, Қ. А. Исмоилов**

Дар таҷрибаи табобати ҷарроҳии чурраҳои (ҳернияҳои) вентралӣ (мансуб ба пеши шикам) бо техникаи абдоминопластика дар 75 нафар бемор оварда шудааст. Тарзи иҷрокунии амалиёт муфассал дар ҷ гардида, хусусиятҳои амалиёт дар ҳолатҳои ғайриоддӣ махсусан қайд шудаанд. Ҷамбасти натиҷаҳо нишон дод, ки ҳангоми истифодаи ин усул аворизи умумӣ дар танҳо 6,7% ҳолатҳо воমেҳӯранд, дар давраи дури баъдичарроҳӣ бошад ретсидиви (такроршавии беморӣ) чурра дар ягон маврид дучор нашуд.

SUMMARY

TREATMENT OF VENTRAL HERNIAS

A.A.Davlatov, U.A.Kurbanov, S.M. Janobilova, K.A.Ismailov

Experience of surgical treatment of ventral hernias with abdominoplasty technique in 75 patients was shown in article. Technique of surgical performing with indication of peculiarities in different nonstandard situation was described. Analysis of results has shown that complication using this approach was only n 6,7% and at remote time no one recidive was noted.

Key words: ventral hernias; herniotomy; abdominoplasty

Адрес для корреспонденции:

А.А. Давлатов - зав. отделением реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦСиГХ; Таджикистан, г. Душанбе, ул. Санои-33. Тел: + 992 907715121. E-mail: abdumalik67@mail.ru

