

**Список литературы**

1. Альперович Б.И., Мерзликин Н.В., Сало В.Н., Скурлатов М.С. Повторные операции у больных с альвеококкозом // Актуальные вопросы неотложной и восстановительной хирургии: сб. ст. – Красноярск, 2011. – С. 23-24.

2. Пантелеев В.С., Нартайлаков М.А., Мустафин А.Х. и др. Лазерное излучение в лечении больных альвеококкозом печени // Медицинский вестник Башкортостана. – 2011. – № 3. – С. 46-49.

3. Fujikura, T. Arowing importance of prevention and control of alveolar echinococcosis // World Health Forum. – 1991. – Vol. 12. – P. 146-150.

4. Hepatic alveolar echinococcosis: MRI findings / N.C. Balci, A. Tunaci, R.C. Semelka [et al.] // Magn Reson Imaging. – 2000. – Vol. 18. – P. 537-541.

5. Simultaneous alveolar and cystic echinococcosis of the liver / Y.R. Yang, X.Z. Liu, D.A. Vuitton [et al.] // Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyd. – 2006. – Vol. 100. – P. 597-600.

## ГРЫЖЕСЕЧЕНИЕ ПРИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ И АБДОМИНОПЛАСТИКА

**В.В. Плечев, О.В. Попова, В.О. Сорокина, О.С. Попов**

Клиника Башкирского государственного медицинского университета, г. Уфа  
МБУЗ Клиническая больница №1, г.Стерлитамак

Плечев Владимир Вячеславович, зав. кафедрой госпитальной хирургии БГМУ, д-р мед наук, профессор  
450000, Россия, Республика Башкортостан,  
г. Уфа, ул. Шафиева, д. 2,  
тел. 8 (347) 223-19-53,  
e-mail: guzkb1@mail.ru

В статье приведены материалы исследований, направленных на улучшение результатов вентрального грыжесечения. Показана и обоснована необходимость дополнения традиционной пластики грыжевых ворот абдоминопластикой. Эта комбинация позволяет значительно снизить количество ближайших и отдаленных осложнений и добиться лучших эстетических результатов операций. Изучена возможность применения аппарата НАЕ-MONETICS PCS-2 для улучшения результатов лечения. Предложенная методика позволяет уменьшить количество ближайших послеоперационных осложнений в 2,5 раза и добиться хорошего косметического результата у 84% пациентов.

**Ключевые слова:** грыжесечение, абдоминопластика, кожно-жировой лоскут, перфузионный плазмаферез.

## HERNIOTOMY WHILE VENTRAL HERNIA AND ABDOMINOPLASTY

**V.V. Plechev, O.V. Popova, V.O. Sorokina, O.S. Popov**

Bashkir State Medical University Clinic  
№ 1 Clinical Hospital, Sterlitamak

The paper presents materials of investigations directed to improvement of results of ventral herniotomy. Traditional hernial gate plasty supplemented with abdominoplasty is needed and grounded. This combination allows to decrease significantly the number of nearest and remote complications and to reach better esthetic operative results. The opportunity of using apparatus HAEMO-MENTICS PCS-2 for perfection of treatment was studied. The suggested technique permits to reduce the number of nearest postoperative complications by 2,5 times and to receive good cosmetic result in 84% of patients.

**The key words:** herniotomy, abdominoplasty, fat-cutaneous flap, perfusion plasmapheresis.

**Введение**

Сегодня характерным является желание пациентов, имеющих вентральные грыжи, не только избавиться от них, но и добиться естественных контуров и формы тела, поэтому грыжесечение в комбинации с абдоминопластикой может решить данные вопросы, в том числе эстетического характера [2,5]. Данный метод целесообразен при лечении выраженных деформаций живота, обусловленных различными причинами: нарушением формы абдоминальной стенки после беременности, грубыми рубцовыми деформациями после оперативных вмешательствах, травм и заболеланий, чрезмерным отложением жировой ткани с формированием кожно-жирового «фартука», расслаблением мышечно-апоневротической структуры и так далее. Несомненным преимуществом данный метод обладает при наличии у пациента нескольких грыж передней брюшной стенки различной локализации благодаря широкому операционному доступу.

Хирургическое лечение больных вентральными грыжами, сочетающее собственно грыжесечение и дополняющую его абдоминопластику, состоит из следующих этапов:

- предоперационное амбулаторное обследование и отбор больных;
- предоперационная подготовка;
- операция;
- послеоперационный стационарный период;
- амбулаторное лечение и реабилитация больных в условиях поликлиники.

При определении показаний к лечению по предлагаемой методике необходимо учитывать следующие моменты [1,3,4]:

- 1) размеры грыж и грыжевых ворот;
- 2) состояние покровных тканей в области операции;
- 3) изменение конфигурации и формы передней брюшной стенки;
- 4) потребность больного в эстетическом факторе и его возраст;
- 5) общее соматическое состояние больного и имеющиеся у него сопутствующие заболевания.

На основании собственных исследований на секционном и клиническом материале предполагается, что методику вентрального грыжесечения, дополненного абдоминопластикой без использования сетчатых трансплантатов, целесообразно применять у пациентов с вентральными грыжами при площади грыжевых ворот, не превышающей 100 см<sup>2</sup>, то есть при грыжах малых и средних размеров. У пациентов с грыжевыми воротами более 100 см<sup>2</sup>, то есть при больших и гигантских вентральных грыжах, практически в 100% случаев даже при дополнении грыжесечения абдоминопластикой необходимо использовать сетчатые экспланты.

**Цель исследования**

Улучшение результатов вентрального грыжесечения путем сочетания его с абдоминопластикой.

**Материалы и методы**

Клиническим материалом для настоящей работы явилось изучение результатов обследования и хирургического лечения 200 больных вентральными грыжами, находившихся на стационарном лечении в городской клинической больнице «Каучук» г. Стерлитамака Республики Башкортостан за период с 1995 по 2009 гг. Из них 100 пациентов составили основную группу, хирургическое лечение им проводилось по разработанной нами методике - сочетание грыжесечения с абдоминопластикой. Контрольная группа была представлена 100 больными, оперированными традиционными способами.

Всю операцию можно разделить на следующие этапы, каждый из которых имеет свои особенности:

1. Разметка операционного поля (рис. 1).
2. Мобилизация пупка.
3. Иссечение кожно-жирового лоскута (рис. 2).
4. Мобилизация верхнего кожно-жирового лоскута.
5. Ревизия передней брюшной стенки и пластика грыжевых ворот.
6. Перемещение пупка на новое место.
7. Шов операционной раны.



**Рис. 1. Пациентка С., 41 год.  
Разметка операционного поля**



**Рис. 2. Пациентка С., 41 год.  
Кожно-жировой лоскут удален**

В эксперименте подтвердилось, что иссечение кожно-жирового лоскута приводит к значительно-му снижению нагрузки на швы, наложенные на грыжевой дефект, повышая мобильность элементов, составляющих переднюю брюшную стенку. Кроме того, к несомненным преимуществам данного доступа при вентральных грыжесечениях относятся:

- возможность полной ревизии апоневроза;
- устранение релаксации на значительном расстоянии от грыжевых ворот, а не только в зоне устраниения дефекта;
- расположение швов кожи в отдалении от швов на мышечно-апоневротическом дефекте, что более выгодно с точки зрения физиологии заживления раны и уменьшении риска вторичного инфицирования операционного поля;
- восстановление конфигураций передней брюшной стенки, что является элементом эстетической хирургии.



**Рис. 3. Пациентка С., 41 год. Через 15 дней после грыжесечения с абдоминопластикой**

Исход хирургического лечения больных во многом зависит от рациональной хирургической техники и правильного ведения послеоперационного периода.

Лишь 6 пациентам (6%) основной группы потребовались наблюдение и лечение в отделении реанимации в ближайшем послеоперационном периоде. Это были пациентки с ожирением III-IV степени, тяжелыми сопутствующими заболеваниями: гипертонической болезнью, сахарным диабетом с кетоацидозом. Остальные пациенты из операционной возвращались в хирургическое отделение.

В проводимом исследовании донорская кровь и плазма не использовались. Пациентам коррекцию гомеостаза, наряду с растворами кристаллоидов, проводили аутоплазмой. Забор плазмы производили за 3-4 дня до операции методом перфузионного плазмафереза на аппарате Haemonetics PCS-2. Технология данного аппарата подразумевает использование устройств только однократного применения, что абсолютно исключает риск инфицирования пациента.

При заборе плазмы использовались следующие параметры:

- скорость насоса при заборе крови - 30-70 мл/мин. Скорость насоса при возврате крови - 50-80 мл/мин.;
- скорость центрифуги - 7000 оборотов в минуту, средний вес плазмы за цикл плазмафереза - 200 г;
- средний вес плазмы, собранный за 1 сеанс плазмафереза - 580 г.

Все пациенты практически безболезненно перенесли эксфузию до 600 мл при режиме эксфузии-реинфузии «капля за каплю». Реинфузию проводили только растворами кристаллоидов. Собранная плазма хранилась в морозильной камере при температуре -25°C и использовалась по ходу операции.

Данная методика совершенно безопасна и способствует более гладкому послеоперационному периоду пациентов, позволяя устранить такое осложнение обширных операций, как гиповолемия.

### **Результаты и обсуждение**

Количество и степень выраженности послеоперационных осложнений, сроки стационарного лечения и амбулаторной реабилитации являлись для нас критериями для определения ближайших результатов грыжесечения.

Осложнений, связанных с премедикацией и во время операции, не наблюдалось.

В раннем послеоперационном периоде наблюдались осложнения местного и общего характера, которые влияли на длительность пребывания больных в стационаре (таблица 1).

**Таблица 1**

### **Общие осложнения в послеоперационном периоде**

Осложнения	Контрольная группа		Основная группа	
	абс. число	%	абс. число	%
Пневмония	3	3	3	3
Обострение хронического бронхита	6	6	6	6
Острая легочно-сердечная недостаточность	4	4	3	3
Парез кишечника	7	7	6	6
Задержка мочеиспускания	9	9	7	7
Итого	29	29	24	24

Местные раневые осложнения проявились в форме инфильтратов, гематом, сером, лигатурных свищей, нагноения послеоперационной раны, краевого некроза кожи (таблица 2).

Анализ ближайших осложнений показал, что, несмотря на более травматичный характер операции, ее большую продолжительность по времени у пациентов основной группы, количество осложнений наблюдается значительно меньше - на 21%, или в 2,4 раза, что обусловлено нахождением кожного

шва вдали от грыжевых ворот, применением шовного материала с пролонгированными антибактериальными свойствами. Осложнения легче и быстрее поддаются лечению, чем у больных в контрольной группе. У пациентов, которым проводилось грыжесечение, дополненное абдоминопластикой, отмечен более короткий период стационарного послеоперационного пребывания в 1,8 раза.

Таблица 2

**Местные раневые осложнения в послеоперационном периоде**

Осложнения	Контрольная группа		Основная группа	
	абс. число	%	абс. число	%
Инфильтраты	7	7	-	-
Гематомы	2	2	-	-
Серомы	13	13	8	8
Лигатурные свищи	6	6	2	2
Нагноение послеоперационной раны	5	5	-	-
Краевой некроз кожи	3	3	5	5
Итого	36	36	15	15

При оценке отдаленных результатов лечения больных вентральными грыжами особое внимание уделялось следующим показателям:

- 1) количество рецидивов;
- 2) процент полной социальной реабилитации, то есть сохранение пациентами работы по прежней специальности;
- 3) эстетическая удовлетворенность результатами лечения.

Таблица 3

**Показатели отдаленных результатов лечения**

Группа	Рецидив	Средний период нетрудоспособности, дни	Полная социальная реабилитация, %
Контрольная	26 (34,2%)	52,2	81
Основная	4 (4%)	33,4	99

Для оценки эстетических результатов оперативного лечения проводился опрос и осмотр больных основной группы.

При удовлетворенности эстетических потребностей самого больного, отсутствии рецидива грыжи, отвислого живота, келоидных рубцов результат расценивался как хороший.

Удовлетворительный результат – это отсутствие рецидива грыжи, наличие келлоидного рубца или появление отвислого живота, неполная удовлетворенность косметических потребностей пациента.

Неудовлетворительный результат – это наличие рецидива или возникновение грубого келлоидного рубца и отвислого живота, неудовлетворенность больного результатами лечения.

При анализе полученных данных объективно: хороший результат – у 84 (84%) больных, удовлетворительный – у 11 (11%), неудовлетворительный – у 5 (5%) больных.

**Выводы**

1. Абдоминопластика позволяет пациентам с вентральными грыжами малых и средних размеров выполнять грыжесечение без применения трансплантатов, используя пластику местными тканями.

2. Предлагаемая методика грыжесечения – аутопластика, дополненная абдоминопластикой, обладает большими преимуществами перед традиционной герниопластикой, дает возможность снизить количество осложнений, рецидивов и удовлетворяет эстетические потребности пациентов.

3. Использование аппарата «Haemonetic» для забора аутоплазмы и последующее её переливание пациентам во время операции и в раннем послеоперационном периоде, позволяет устранить осложнения, связанные с интраоперационной кровопотерей и избежать возможных осложнений, связанных с переливанием донорской крови или её компонентов.

**Список литературы**

1. Величенко Р.Э. Сочетанные операции на передней брюшной стенке у больных с ожирением и обширными вентральными грыжами / Р.Э. Величенко, Б.Ш. Гогия // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. - 1998. - №3. - С. 117-118.
2. Лебедев Ю.Г. Проблемы оперативной коррекции передней брюшной стенки / Ю.Г. Лебедев // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. - 1998. - №3. - С. 120-121.
3. Способ лечения послеоперационных грыж у лиц с высокой степенью операционного риска / Н.В. Боброва, Э.С. Лучевич, Е.Н. Лобович, В.В. Адионон // Реконструктивная и восстановительная хирургия: Сб. науч. тр. - Воронеж, 1992. - С. 37.
4. Тоскин В.Д. Грыжи брюшной стенки / В.Д. Тоскин, В.В. Жебровский. - М.: Медицина, 1990. - 214 с.
5. Development and pathophysiology of abdominal wall defects / U. Klinge, A. Prescher, B. Klosterhalfen, V. Schumpelick // Chirurg. - 1997. - Vol. 68. - №4. - P. 293-303.