

Министерство Высшего и Среднего Специального Образования  
Республики Узбекистан

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан  
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

**РАХИМОВ ОЙБЕК УМАРОВИЧ**

Магистерская диссертация

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬ-  
НЫХ ГРЫЖ, СОЧЕТАЮЩИХСЯ С ВЕНТЕР-ПРОВЕНТЕР**

Специальность: Хирургия  
Шифр: 5А720113

**Научный руководитель: к.м.н.доцент Юнусов И.И.**

ТАШКЕНТ 2010

## ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	3
ВВЕДЕНИЕ.....	4
Глава I. Обзор литературы	
1.1. История абдоминопластики.....	8
1.2. Способы абдоминопластики.....	15
Глава II.	
2.1. Материалы и методы исследования.....	25
2.2. Методы исследования.....	33
Глава III.	
3.1. Общая характеристика и результаты лечения больных контрольной группы .....	41
3.2. Общая характеристика и результаты лечения больных основной группы .....	49
3.3. Сравнение результатов лечение контрольной и основной групп.....	59
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	62
ВЫВОДЫ.....	65
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	66
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	67

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ	– Всемирная Организация Здравоохранения
ВОП	– Врач Общего Профиля
ВРВНК	- варикозное расширение вен нижних конечностей
ГБ	- гипертоническая болезнь
ГКБ №1	– Городская клиническая больница №1
ДГПЖ	- Доброкачественная гиперплазия предстательной железы
ДЛЭ	- дермолипэктомия
ДПК	– двенадцатиперстная кишка
ДХС	- Добровольная хирургическая стерилизация
ИБС	– Ишемическая болезнь сердца
ИМТ	– индекс массы тела
МКБ	- мочекаменная болезнь
МТ	- масса тела
ППС	- полипропиленовая сетка.
СД	- сахарный диабет
ТМА	- Ташкентская Медицинская Академия
ТЭЛА	– тромбоэмболия легочной артерии
УЗИ	– ультразвуковое исследование
ФВД	– Функция внешнего дыхания
ЭГДФС	- эзофагогастродуоденофиброскопия
ЭКГ	– электрокардиография

## ВВЕДЕНИЕ

### **Актуальность проблемы:**

Проблема хирургического лечения больных вентральными грыжами, несмотря на большое количество способов операций, разработанных к настоящему моменту, остается далекой от окончательного решения. Это связано как с большим числом больных-грыженосителей, так и с неудовлетворительными в целом, результатами их лечения[30,32].

Анализ литературных данных показывает, что наряду с нагноением послеоперационной раны одной из наиболее частых причин рецидива вентральной грыжи является чрезмерное повышение внутрибрюшного давления, которое приводит к такой же чрезмерной нагрузке на ткани и швы в области грыжесечения. Не менее важной причиной, влияющей на процессы грыжеобразования, служит наличие у больных сопутствующей патологии в виде нарушения жирового обмена [1,5,6, 11, 15]. Некоторые авторы полагают, что ожирение является доминирующим фактором в развитии послеоперационных грыж, говоря о дополнительной нагрузке на линию швов ушитого грыжевого дефекта, которую оказывает тяжелый кожно-жировой фартук, часто встречающийся наряду с «отвислым животом» у тучных пациентов [2,3,10]. Однако лишь в немногих работах отмечается необходимость удаления кожножирового фартука при вентральном грыжесечении.

В литературе отсутствует логичное, основывающееся на экспериментальных и достаточно полных клинических исследованиях объяснение необходимости и целесообразности дополнения грыжесечения абдоминопластикой. Более того, к сожалению, встречаются высказывания о том, что чрезмерное ожирение является противопоказанием к вентральному грыжесечению[31,110,118]. Несмотря на очевидные положительные моменты аутопластики, количество рецидивов после ее применения при грыжесечении колеблется от 6 до 50%, и это вызывает справедливую критику. Поэтому необходимо проводить работу,

направленную на поиск и внедрение в практику более совершенных материалов для герниопластики[8,9,12,13,14].

Кроме вышеуказанных проблем хирургия вентральных грыж должна стремиться решать и задачи эстетического характера.

За последние десятилетия, несмотря на то, что огромное число популярных изданий освещают проблему коррекции избыточной массы тела (МТ), число лиц, страдающих избыточным весом, возросло в большинстве стран. В настоящее время проблема ожирения вышла за рамки медицины и приобрела социальный характер. Так, по данным ВОЗ, в индустриально развитых странах у 10—33% населения имеется избыточная МТ [9,31,89,111]. В США число людей, страдающих ожирением, выросло с 13% в конце 70-х годов до 27% в настоящее время. В России также отмечается тенденция к увеличению числа тучных людей: примерно около 30% россиян имеют избыточную массу тела, около 5% — крайнюю степень ожирения [3,5,40,41].

Отвислый живот с грыжей и без нее создает не только косметические и физические неудобства, но и одна из причин серьёзных функциональных нарушений со стороны органов брюшной полости, сердечнососудистой и легочной систем. Ожирение приобретает иногда такие причудливые формы, что порой является причиной плановых операций по жизненным показаниям[3,95,116].

В последние годы все более широкое распространение получают протезирующие методы пластики грыж передней брюшной стенки. Такие пластики, с применением современных высокотехнологичных и качественных синтетических протезов и шовного материала, позволили сократить частоту рецидива у пациентов с послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами до 5 – 10% (Емельянов С.И. 2000; Nyhus L.M. 1993; Soler N. 1993; McLanahan D., 1997), в то время как при пластике местными тканями она часто превышает 40% (Hesselink V.J., 1993; Santora T.A., 1993; Soler N., 1993; Gecim I.E., 1996; Koller R., 1997; Franklin M. 1998)[100,101,117].

В настоящее время имеются два принципиально различающихся научных направления в герниологии - пластика собственными местными тканями (ауто-пластика) [Ботезату А.А., 2006; Гогия Б.Ш., 2006; Юрасов А.В., 2006] и алло-пластика [Карамазов Ю.Е., 2002; Винник Ю.С., 2006; Тимошин А.Д., 2006], каждое из них имеет свои преимущества и недостатки [42,43,60,61,109]. Ауто-пластические методы, несмотря на свою физиологичность, не всегда позволяют устранить обширный грыжевой дефект не только из-за дефицита тканей, пригодных для пластики, но из-за большого риска возникновения тяжёлых респираторно-циркуляторных расстройств в раннем послеоперационном периоде вследствие повышения внутрибрюшного давления в ответ на перемещение содержимого грыжевого мешка в брюшную полость и уменьшения объёма последней [Тимошин А.Д., 2004]. Любой вид мышечно-апоневротической пластики приводит к избыточному натяжению тканей, участвующих в закрытии дефекта, что ведет в дальнейшем к их дегенерации и атрофии (Н.И. Кукуджанов, 1969; А.Г. Кисель, 1978) [44,90,108,109]. Кроме того, при ушивании дефектов передней брюшной стенки значительно возрастает внутрибрюшное давление, что серьезно нарушает функцию сердечно-сосудистой и легочной систем (Н.В. Андропова, 1993; М.П. Черенько, 1995) [112,113,114]. Другие виды пластики, в определённой мере лишённые этих недостатков, сопровождаются рядом тяжёлых осложнений, определяющихся секвестрацией, нагнаиванием трансплантата вплоть до его полного отторжения или вынужденного удаления с угрозой развития сепсиса [Егиев В.Н., 2005; Натяга А.А., 2006].

При хирургическом лечении больных с послеоперационными грыжами наиболее эффективными оказались способы с использованием для пластики синтетических материалов. Современная химическая промышленность в последние годы выпускает синтетические протезы, которые обладают большой прочностью и биологической инертностью (Campos L., Sipes E., 1993; Cornel R.B., Kerlakian G.M., 1994; De Lisle N.P., 1994; Saiz A., Willis I.H., 1994; В.Н. Егиев, 2003; В.Н. Запорожан, 2000). Однако несмотря на то что при

использовании пластики без натяжения с применением синтетических материалов заметно улучшились результаты лечения послеоперационных вентральных грыж, остаются проблемы, связанные с выбором способа операции, остаются неразрешенными вопросы техники выполнения операций, выбора вариантов размещения протезов. Помимо того внедрение аллопластики грыжевых дефектов послужило причиной роста числа осложнений раны: нагноений, секвестраций, отторжения трансплантата (Schumpelick, 1996; Matthews M.R., 1999).

В связи с этим целесообразно дальнейшее совершенствование техники оперативного вмешательства, поиски рационального способа ведения послеоперационного периода, который предотвратил бы ряд послеоперационных осложнений, влияющих прямым образом на непосредственные и отдаленные результаты лечения.

### **Цель исследования**

Улучшить результаты хирургического лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами с отвислым животом.

### **Задачи исследования**

1. Разработать показания к различным методам абдоминопластики и провести сравнительный анализ результатов хирургического лечения.

2. Уточнить ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения грыж с отвислым животом.

## ГЛАВА I.

### Обзор литературы

#### 1.1.История абдоминопластики.

Одной из актуальных проблем абдоминальной хирургии является хирургическое лечение послеоперационных грыж брюшной стенки с ожирением. Эта проблема возникла одновременно с развитием хирургии брюшной полости и остается одной из наиболее острых проблем абдоминальной хирургии [46,47,104,107]. Количество больных послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами велико. По данным разных авторов 2-15% всех лапаротомий заканчивается формированием послеоперационной грыжи, не смотря на развитие науки, технических возможностей, навыков хирургов и хирургических приемов (Dev P.G. 1983; Murdge M., Hughes L.E., 1985; Kupczyk-Joeris D., Nreutner K.H., 1990; Bresler L., Courbey P.J., 1995; Gislason H., Gronbech J.E., 1995). В США ежегодно производится до 100000 операций по поводу послеоперационных грыж передней брюшной стенки (Егиев В.Н. 2002). Это обусловлено постоянно растущим числом оперативных вмешательств на органах брюшной полости. Кроме того, послеоперационные и рецидивные вентральные грыжи являются сложным, многоплановым состоянием, лечение которого является серьезной проблемой любого стационара [65,78,97,106]. Большую грыжу нужно считать отдельно стоящим комплексным заболеванием, с нарушением функций не только дыхательной системы, но и мышц, внутренних органов, которые тем серьезнее, чем больше грыжа (Егиев В.Н. 2002; Тимошин А.Д. 2003).

Результаты лечения послеоперационных грыж живота, несмотря на широкое внедрение в клиническую практику новых хирургических технологий, в настоящее время нельзя признать удовлетворительными. Частота рецидивов при использовании аутопластических методов лечения послеоперационных вентральных грыж превышает 25% (В.Ф. Саенко с соавт., 2001; А.Д. Мясников, 2005). При обширных и гигантских грыжах передней брюшной стенки количество рецидивов

еще более значительно и составляет 64% (М.Ф. Заривчатский, 1996; Nihus L.M., 1995; Klein P. et al., 1996; Ciresi D.L., 1999; Kama N.A., 1999). Летальность у этой категории больных достигает 7-10% (Р.Б. Лысенко, 1999; А.М. Антонов с соавт., 2001).

В начале XXI века, наряду с научно-техническим прогрессом, совершенствованием хирургических методик, разработкой и внедрением профилактики и лечения многих заболеваний, большую распространенность и тенденцию к росту среди населения получило ожирение [3,10,28,29,33,103,105]. Помимо серьезных терапевтических заболеваний, повышающих риск преждевременной смерти (гипертоническая болезнь, ИБС, ранний атеросклероз сосудов, сахарный диабет 2 типа, гормональные нарушения и др.) [10,28,96,98,99], у больных с ожирения имеется высокий риск образования вентральных грыж, как самостоятельных, так и после различных вмешательств на органах брюшной полости [7,9,11,13,93,102].

Нередко у таких пациентов вентральные грыжи сочетаются с наличием кожножирового фартука, часто достигающего очень больших размеров. Это является причиной не только выраженных трофических нарушений [8,19,94], которые в свою очередь, обуславливают высокую частоту послеоперационных местных осложнений [1,10,35,91,92], но и являются самостоятельной причиной образования вентральных грыж, в том числе и послеоперационных [2,12,20,34,39,48,83].

В практике пластического хирурга все чаще встречаются пациенты с избыточным весом, причем, к сожалению, для большинства из них основной мотивацией для похудения является не столько понимание негативных последствий ожирения для здоровья, сколько эстетический дискомфорт, связанный с их внешним видом (дисморфофобия) [49,51,79,88].

По классификации ВОЗ (1997 г.), избыточная МТ характеризуется индексом МТ (ИМТ) от 25 до 29 кг/м<sup>2</sup>, диагноз ожирения ставится при ИМТ свыше 29 кг/м<sup>2</sup>. Термин «морбидное ожирение» используется по отношению к боль-

ным, у которых МТ превышает 170% (или 45 кг) от должного показателя, определяемого в соответствии с полом и возрастом, а ИМТ составляет более 40 кг/м<sup>2</sup> [8,10,52,84].

Хирургические способы удаления избытков жировой ткани не являются самостоятельными способами лечения ожирения, а частью комплекса методов лечения ожирения. При широко распространенной липосакции происходит удаление жировой ткани путем ее разрушения и аспирации через небольшие проколы-разрезы [57,123].

Результаты хирургического лечения больных ожирением определяются не только частотой развития осложнений в раннем послеоперационном периоде и степенью снижения МТ впоследствии, но также и качеством жизни в отдаленные сроки после операции, в значительной мере зависящем от эстетического восприятия фигуры как неотъемлемой части социального аспекта жизни многих пациентов, особенно молодого и среднего возраста [59,87].

У многих пациентов по мере значительного снижения МТ после бариатрических операций образуются косметические дефекты в виде кожно-жировых «фартуков» на животе, избыточные складки на бедрах, ягодицах, руках, а также птоз кожи лица, что в совокупности существенно угнетает психоэмоциональное состояние пациентов [58,63,64]. Многие из них, в том числе и те, кто имеет избыточную МТ, желают улучшить свой внешний вид путем удаления локальных излишков жировой ткани. Их требования к хирургу обычно сводятся к максимально возможному удалению жира в сжатые сроки и к созданию идеальной фигуры. Недостаточное понимание пациентами всей сложности процесса снижения МТ сопровождается отказом от диетических ограничений и перекладыванием всей степени ответственности за окончательный результат лечения на хирурга [66,81].

Современные требования к хирургии грыж не ограничиваются устранением только грыжевого дефекта. Хирургия ventральных грыж должна стремиться решать задачи и эстетического характера [5,18,20,85,86]. Поэтому, совре-

менная хирургия вентральных грыж - высокотехнологичная медицинская и социальная проблема, в основе хирургического решения которой должен учитываться и эстетический компонент, направленный на повышение качества жизни больного [1, 4, 22, 23, 25, 29, 50, 53, 54, 55, 56, 62, 82, 115,].

С начала прошлого века многие хирурги стали придерживаться мнения о целесообразности удаления чрезмерных отложений жировой ткани хирургическим методом [16,17,24,36,37,38]. Н. Kelly в 1899 году впервые предложил термин «абдоминальная липэктомия» и произвел удаление жировой ткани на передней брюшной стенке у пациенток, оперируемых по поводу гинекологических заболеваний. (Этот хирург выполнил липэктомию в области лапаротомии; операция сопровождалась удалением пупка) [5,6]. М. Samolo в 1946 году впервые использовал термин «дермолипэктомия», отражающий суть операции и указывающий на необходимость резекции кожи и жировой ткани [25,67,80]. Методика классической абдоминопластики была разработана в Северной Америке в 60-х годах прошлого века, основными условиями ее проведения являлись наличие значительных масс жировой ткани в основном в верхних и средних отделах живота, особенно в сочетании с вентральными грыжами. Именно при этой операции выполняется максимальная резекция кожножировой ткани («фартука»), а также укрепление мышечно-апоневротического слоя [2,5, 10,13,14,15,16,29,].

Основным показанием к липосакции является наличие локальных избытков жировой ткани, нарушающих контуры тела. Проведение липосакции на фоне избыточной МТ многими авторами считается неоправданным, поскольку не влияет на процессы липогенеза и липолиза, а главное — не предупреждает прогресс ожирения, что, в свою очередь, нивелирует косметический эффект операции [2,3,68]. Вместе с тем наблюдаемое после оперативных вмешательств быстрое снижение МТ на фоне проводимого консервативного лечения ожирения может позволить пациентам вести более активный образ жизни и стать стимулом к дальнейшему похуданию [3,6,7,69].

За время своего существования техника операции претерпела значительные изменения, направленные на уменьшение травматичности и снижение риска послеоперационных осложнений, а также на облегчение труда хирурга. Были предложены различные способы разрушения жировой ткани: механический, вибромеханический, ультразвуковой, электронный, лазерный. Удаление разрушенной жировой ткани проводится при помощи специальной канюли с боковыми отверстиями под воздействием отрицательного давления до 1 атм [1,2].

Рост эстетических запросов населения обуславливает стремление пациента иметь стройную, подтянутую фигуру, естественные контуры и формы тела. Грыженосители обычно страдают деформацией живота, которая, как правило, сохраняется и у оперированных, прогрессируя пропорционально числу операций. К тому же послеоперационные рубцы обезображивают, в значительной степени, переднюю брюшную стенку. Ущербность внешнего вида живота, обусловленная вышеперечисленными причинами, накладывает отпечаток на характер человека, влияет на его личную жизнь, профессиональную и социальную функции [3,6,70,77]. Поэтому абсолютно ясно, что при вентральном грыжесечении хирург должен решать целый комплекс проблем.

В настоящее время абдоминопластика, включающая дерматолипэктомию, как самостоятельная операция достаточно распространена в пластической хирургии и имеет эстетическое и косметическое значение. Широкая мобилизация кожно-жирового лоскута позволяет оценить состояние тканей вокруг дефекта апоневроза, выявить добавочные грыжевые ворота и слабые участки. Применение дерматолипэктомии у больных с послеоперационными вентральными грыжами и ожирением улучшает течение послеоперационного периода, снижает число осложнений и дает лучшие ближайшие и отдаленные результаты [14,71]. 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.

Основными преимуществами дерматолипэктомии с применением «якорного разреза» являются:

- 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);

- позволяет оценить состояние тканей вокруг дефекта апоневроза, выявить добавочные грыжевые ворота и слабые участки.

- возможность выполнения грыжесечения вентральной послеоперационной грыжи и симультанных операции(холецистэктомии); [15,74,76].

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 кожножирового фартука [22,72]. В литературе отсутствует логичное, основанное на экспериментальных и полных клинических исследованиях объяснение необходимости и целесообразности дополнения вентрального грыжесечения абдоминопластикой.

Имея вековую историю, абдоминопластика остается одним из распространенных оперативных вмешательств в пластической хирургии, что связано с повышением требований к качеству жизни, усилением стремления быть не только здоровыми, но и красивыми [5,73]. Если в первой половине прошлого столетия скопление жира на бедрах и ягодицах считалось типично женственным и привлекательным, а стрии и отвислость живота после беременности — неизбежным ее следствием, то сегодня многие женщины не смиряются с изменениями своего тела [7,75]. Избыточное локальное отложение жировой ткани, а также общее ожирение — на сегодняшний день довольно распространенная проблема, побуждающая па-

циентов обращаться за помощью к эстетическим хирургам после долгих и изнурительных диет, занятий шейпингом, аэробикой, использования различных средств для похудения и проведения прочих мероприятий [4].

Данная категория больных, особенно с рецидивными вентральными грыжами, остается одной из самых сложных в хирургии. Правильный выбор оптимального способа пластики для каждого больного является залогом успеха операции. Однако единой точки зрения на эту проблему нет. Равно как нет единого мнения в выборе метода протезирующей операции. Закрытие обширных дефектов в брюшной стенке остаётся одной из актуальных проблем абдоминальной хирургии. Пластика дефектов большого диаметра местными тканями приводит к резкому сокращению объёма брюшной полости, повышению внутрибрюшного давления и, вследствие этого, к развитию абдоминального компартмент-синдрома [Курбонов К.М., 2004]. Поэтому в последние годы для устранения дефектов брюшной стенки больших и гигантских размеров используется метод «ненатяжной» герниопластики [Федоров И.В., 2001; Тимошин А.Д., 2008].

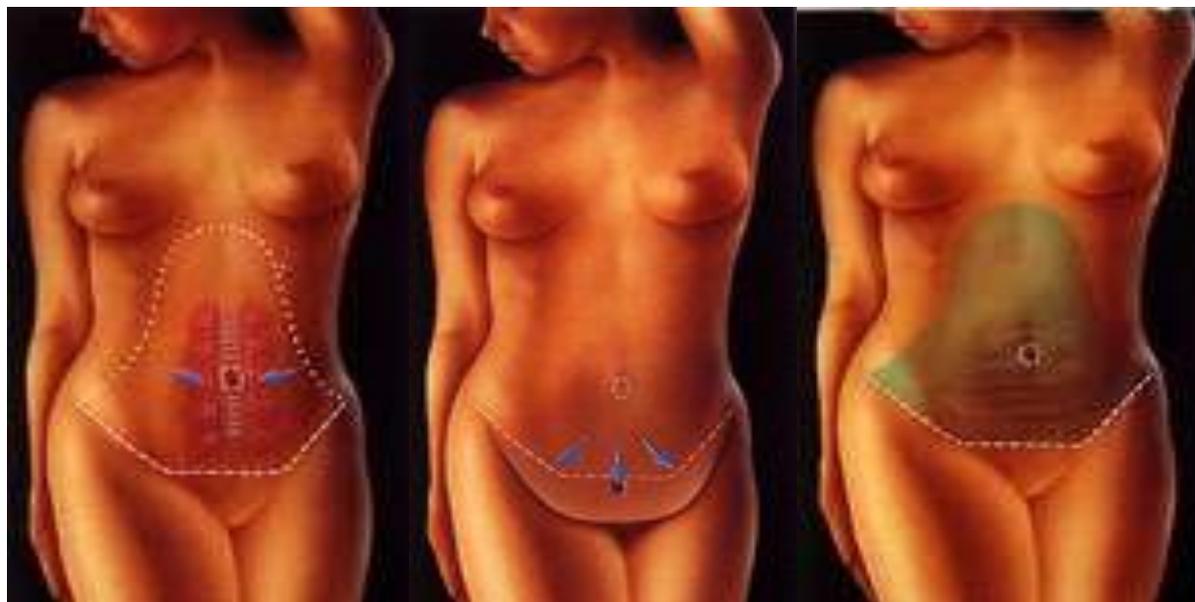
## 1.2. Способы абдоминопластики

Описано множество способов абдоминопластики, основное различие которых заключается в выборе оперативного доступа.

С начала прошлого столетия многие хирурги [12, 33, 34] стали придерживаться мнения о целесообразности удаления чрезмерных отложений жировой ткани хирургическим методом. В течение длительного времени техника таких операций продолжает совершенствоваться.

В зависимости от выраженности дефектов передней брюшной стенки, психологических проблем, наличия не только эстетических, но и сопутствующих функциональных проблем различные типы абдоминопластики претерпели большое количество изменений для достижения следующих целей:

- сделать разрез как можно более коротким и незаметным, в пределах анатомических складок;
- восстановить пупок и придать ему естественный вид;
- а также создать желаемую пациенткой фигуру.



Придерживаясь этих принципов, хирурги стали проводить различные разрезы кожи в нижних отделах живота, такие как горизонтальный разрез над лобком с изгибом кверху в боковых отделах [19], пересекающий паховые складки с изгибом книзу [30], W-образный разрез надлобком и по паховым складкам, который сущест-

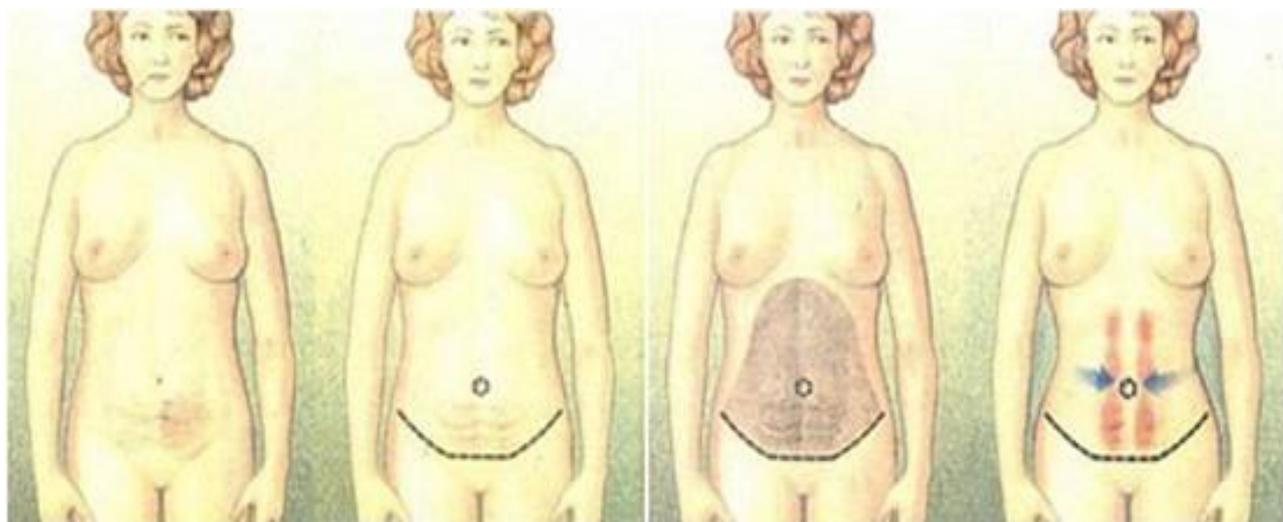
венно облегчил перемещение мягких тканей при сшивании [31], особый интерес представляет разрез [21,24,26,27], состоящий из трех дуг без углов.

С целью уменьшения операционной травмы была предложена reverse-abdominoplasty с разрезом по субмаммарным складкам, в основном для коррекции верхних отделов. С 70-х годов появился термин "mini-lift" [17] или "мини-подтяжка" при ограниченных деформациях передней брюшной стенки до пупка.

Анализ лишь некоторых способов абдоминопластики показывает, что интерес к этому разделу пластической хирургии растет с каждым годом. Многообразие оперативных вмешательств свидетельствует о наличии большого количества разновидностей деформаций передней брюшной стенки, способ устранения которых должен быть индивидуальным [25, 28]. Однако отсутствие единой и четкой классификации видов пластики передней брюшной стенки не позволяет решить поставленные задачи.

В настоящее время имеются следующие виды абдоминопластики:

- 1) классическая;
- 2) ограниченная;
- 3) мини-абдоминопластика;
- 4) комбинированная;
- 5) циркулярная;
- 6) модифицированная
- 7) напряженно-боковая.



Методика классической абдоминопластики была разработана в Северной Америке в 60-х годах, основными условиями ее проведения являются наличие значительных масс жировой ткани в основном в верхних и средних отделах живота, особенно при сочетании с вентральными грыжами. Именно при классической абдоминопластике выполняются максимальная резекция кожно-жировой ткани ("фартука"), а также надежное укрепление мышечно-апоневротического слоя [119,120,121,122].

Негативными сторонами классической абдоминопластики являются слишком широкое отслоение кожножирового лоскута, неизбежно сопровождающееся разрушением прочных сращений фасции и кожи выше уровня пупка, до мечевидного отростка и нарушающее кровоснабжение кожи, что нередко приводит к несостоятельности швов, краевому некрозу раны, образованию длинных послеоперационных рубцов [114].

Позже [114] была предложена операция с укороченным W-образным разрезом и названа мини-абдоминопластикой. При выполнении этой операции необходимо делать дугообразный или W-образный надлобковый разрез, который позволяет укрепить апоневроз до уровня пупка. Удаляется небольшое количество кожи и подкожной жировой клетчатки, пупок остается на своем месте.

Ограниченная абдоминопластика предполагает отделение пупка с полной его транспозицией и фиксацией на новом месте или без его отделения. Разрезы при ограниченной пластике передней брюшной стенки чаще криволинейные или W-образные, их дистальные концы могут достигать гребней подвздошных костей. Для создания мобильности лоскута его отслаивают до пупка и выше, кожу и жировую ткань удаляют в умеренных пределах. Липосакция приемлема по усмотрению хирурга. Пликация мышечно-апоневротического слоя производится на довольно большом протяжении [23, 36].

Модифицированная абдоминопластика в отличие от ограниченной применяется при значительном расхождении мышц и у пациентов, нуждающихся в удалении большого кожно-жирового лоскута [29, 37].

В 1959 г. М. Gonzalez-Ulloa впервые сообщил о циркулярной дермолипэктомии, которую он применил у больных с чрезмерным отложением жировой ткани в нижних и боковых отделах живота, а также в поясничной области [18]. Суть операции заключается в максимальном горизонтальном иссечении кожно-жирового массива на уровне нижней трети живота с переходом на заднюю поверхность туловища, т.е. по всему периметру туловища. Эта операция показана в основном пациентам с выраженной маятнико-образной формой отложения жира на передней брюшной стенке. Она используется относительно редко.

В 1991 г. Т. Lockwood описал новую методику абдоминопластики, которую он назвал напряженно-боковой. По мнению автора, результаты при этом виде абдоминопластики более предсказуемы и эстетически лучше. Показаниями к напряженно-боковой абдоминопластике являются в основном дряблость кожи и ослабленность мышечно-фасциальной системы [1].

Почти при всех деформациях передней брюшной стенки имеется ослабление мышечно-апоневротического слоя, устранение диастаза обязательно, в противном случае наступает быстрый рецидив в виде куполообразного живота [3]. Дряблость мышечно-апоневротического слоя, увеличение объема живота сопровождаются понижением внутрибрюшного давления и опущением внутренних органов, что приводит к различным заболеваниям пищеварительной системы, а при сопутствующем ожирении нередко выявляются нарушения со стороны дыхательной, сердечно-сосудистой систем и опорно-двигательного аппарата [11].

У пациентов после абдоминопластики исчезают отеки нижних конечностей, одышка и боли в пояснице. Прекращение болей в пояснице в основном обусловлено устранением диастаза прямых мышц живота, что сопровождается увеличением межпозвоночного пространства [8]. Представленные наблюдения свидетельствуют, что абдоминопластика позволяет корректировать ряд изменений в различных системах организма.

Спорным остается вопрос об ушивании раны, имеются различные мнения по этому поводу. Некоторые хирурги [14] считают необязательным наложение

шва на подкожную клетчатку, другие [19, 24, 31] придерживаются противоположного мнения, предпочитая ушивать подкожную жировую клетчатку и накладывать внутрикожный непрерывный шов, который формирует наиболее эстетичный рубец.

Самым важным эстетическим фактором, отражающим конечный результат оперативного вмешательства и привлекающим особое внимание пластических хирургов, является размещение и фиксация пупка. На сегодняшний день для выведения пупка применяют вертикальное, горизонтальное и фигурное рассечение кожи живота [1, 21, 22]. Предпочтение отдают последнему варианту умбиликопластики, так как при двух первых вариантах чаще отмечается такой нежелательный результат, как концентрическое сужение пупочного кольца, что портит ожидаемый эстетический эффект.

В последние годы пластические хирурги обсуждают возможность выполнения комбинированной абдоминопластики в сочетании с липосакцией [9,10,25, 27].

Хирургическая липэктомия, липосакция, а также "полная" пластика передней брюшной стенки могут проводиться как в отдельности, так и совместно, но правильно отобранным больным [4, 6]. Однако рост числа серьезных осложнений в послеоперационном периоде, особенно после комбинированной абдоминопластики, остается одной из актуальных проблем.

Абдоминопластика, являясь большой по объему операцией, чаще приводит к развитию таких послеоперационных осложнений, как серома, гематома, инфекция и некроз лоскута, тромбоз эмболия и жировая эмболия, а одновременное выполнение липосакции или увеличение интенсивности отдельных этапов не суммирует, а умножает риск развития осложнений [23]. Поскольку послеоперационные осложнения носят не только локальный характер, мы полагаем, что в организме больного происходят более глубокие изменения, что необходимо учитывать в предоперационном периоде. Особого внимания требует оценка состоя-

ния свертывающей системы крови, особенно у пациентов с сопутствующим ожирением различной степени [6, 28].

Частота осложнений у пациентов с ожирением III—IV степени гораздо выше [15, 26, 35]. Это свидетельствует о том, что оценка степени риска развития осложнений после абдоминопластики у пациентов с нарушением липидного обмена в предоперационном периоде, соответствующая подготовка к операции и ведение в послеоперационном периоде недостаточно изучены и являются актуальной проблемой.

Анализ литературы показывает, что абдоминопластика стала широко распространенным видом оперативных вмешательств. Однако в настоящее время многие вопросы остаются недостаточно разработанными. Отсутствует четкая и единая классификация видов абдоминопластики, не разработаны показания к конкретным видам и сочетанным операциям, а также конкретные меры профилактики осложнений. Нет единого мнения и мало данных о динамике реологических показателей крови, а также об изменениях липидного обмена, особенно у пациентов с сопутствующим ожирением. Отсутствует единый подход к мероприятиям по профилактике нарушений разных систем организма больного, что не способствует сокращению сроков реабилитации.

Нельзя забывать, что пациент сознательно идет на определенные физические страдания и риск, связанный с выполнением операции, только с одной целью — привести в гармоничное соответствие свой внешний облик с душевным состоянием. Поэтому риск выполнения пластической операции должен быть сведен к минимуму, а операция должна оставлять как можно меньше следов [2,6].

Необходимость индивидуального подхода к хирургической коррекции передней брюшной стенки привела к разработке нескольких ее методов. Предложенные многочисленные модификации могут быть сведены в основные типы оперативных вмешательств: классическая, вертикальная, напряженно-боковая и миниабдоминопластика.

При значительном избытке кожи и подкожной клетчатки мягких тканей в подчревной области с наличием кожно-жирового фартука и перерастяжением мышечно-фасциальной системы используют классическую абдоминопластику, которая предусматривает выполнение разреза внизу живота, широкую диссекцию кожно-жирового лоскута до реберных дуг, пластику мышечно-апоневротического слоя путем создания дубликатуры, резекцию избытков кожно-жирового лоскута, выведение (транспозиция) пупочного ствола в месте его проекции, ушивание раны без чрезмерного натяжения кожи [1—3, 6].

При незначительном избытке кожно-жирового слоя центральной зоны передней брюшной стенки, дряблости кожи и расслабленности мышечно-фасциальной системы с фланков и верхней трети бедер, которые являются главными причинами деформации передней брюшной стенки, используют метод напряженно-боковой абдоминопластики [5]. Особенность метода заключается в диссекции кожно-жирового лоскута до пупка по передним подмышечным линиям, выше пупка зона диссекции ограничивается латеральными краями прямых мышц живота до реберных дуг.

Преимуществами напряженно-боковой абдоминопластики являются: большая степень коррекции талии, хорошее питание краев лоскутов, более высокое качество послеоперационного рубца, малая опасность развития местных осложнений [5].

При вертикальной абдоминопластике используют срединный вертикальный разрез в сочетании с горизонтальным, типичным как для классической, так и для напряженно-боковой абдоминопластики.

Показания к вертикальной абдоминопластике:

- расположение гипертрофированного жирового слоя преимущественно по ходу средней линии живота;
- значительная поперечная перерастянность кожи и мышечно-апоневротической системы и наличие пупочной грыжи;

- значительная толщина подкожного жирового слоя, что может привести к развитию послеоперационных осложнений;

- наличие центрально расположенных рубцов после срединной лапаротомии.

При каудальной полноте живота, перерастяжении мышечно-фасциальной системы в гипогастральной области и наличии низко расположенных рубцов (от пупка до лобка) используют мини-абдоминопластику. Впервые термин "mini-lift" ввел J. Glicenstein (1975 г.). Термин "мини-абдоминопластика" ввел R. Greminger (1987 г.), при этом он использовал W-образный разрез. Популярность мини-абдоминопластики с каждым годом возрастает ввиду того, что после нее менее продолжительный реабилитационный период и меньше послеоперационных осложнений и рубцов. Все виды мини-абдоминопластики отличаются от классической абдоминопластики тем, что разрезы и объем вмешательства во время этих операций значительно меньше, устранение диастаза прямых мышц осуществляется до пупка. Каждая из этих операций четко направлена на коррекцию определенной проблемной зоны передней брюшной стенки [8, 9].

Периумбиликальная мини-абдоминопластика применяется у женщин с растяжками или дряблостью кожных покровов в околопупочной области. Выполняется из двух циркулярных разрезов вокруг пупка. Избыточную кожу и часть подкожной клетчатки, располагающиеся между этими разрезами, удаляют и формируют кисетный шов вокруг пупка [8].

Мини-абдоминопластика с деэпидермизацией кожи оперируемой зоны заключается в удалении не всего кожно-жирового лоскута, а лишь поверхностного слоя кожи. Как правило, она сочетается с липосакцией, а реабилитационный период после нее проходит значительно быстрее и легче [9].

При выраженных растяжках кожи живота нижней и средней трети передней брюшной стенки, при недостаточных эластических свойствах кожи передней брюшной стенки, а также в случае неэффективности липосакции, применяется мини-абдоминопластика с разрезом в области бикини без перемещения пупка.

При этом меньше зона отслойки и перемещения кожно-жирового лоскута, поэтому не требуется перемещения пупка.

При незначительном избытке кожно-жирового слоя и наличии перерастяжения мышечно-фасциальной системы передней брюшной стенки в эпигастральной области применяют верхнюю абдоминопластику, при которой не перемещают пупочное кольцо и есть возможность скрыть послеоперационные рубцы в инфрамаммарных складках. При незначительном птозе передней брюшной стенки, наличии диастаза прямых мышц производят липосакцию с эндоскопической пластикой апоневроза прямых мышц живота. Вмешательство начинают с широкой липосакции для подхода к мышцам. Делают надлобковый и перитрансумбиликальный разрезы, кожу смещают в стороны в нескольких местах, делают большую полость и вводят эндоскоп. Из порта в лобковой области отделяют пупок. Выполняют широкую пликацию мышц ниже рукоятки грудины комбинированным способом (наружная и эндоскопическая техника наложения швов). После ушивания прямых мышц мобилизуют ту часть кожи, которая создает неровность [4, 7, 10].

Таким образом, сочетание герниологической операции с дермолипэктомией (ДЛЭ) оказывает помощь пациенту в инициализации снижения массы тела. К тому же, операция, корригирующая 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, но требует дальнейшей разработки вопросов хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж, сочетающихся венгер-провенгер.

Анализ литературы по проблемам герниологии позволил определить основные направления исследования, при решении которых можно ожидать улучшения результатов хирургического лечения больных большими и гигантскими вентральными грыжами с отвислым животом. Проведенный анализ результатов герниопластики, позволяет выделить основные проблемы хирурги-

ческого лечения у тучных больных с большими и гигантскими вентральными грыжами и отвислым животом, необходимость дальнейшего совершенствования техники операций, рациональной предоперационной подготовки и ведения послеоперационного периода, что предотвратил бы ряд послеоперационных осложнений и улучшил результаты лечения.

## Глава II.

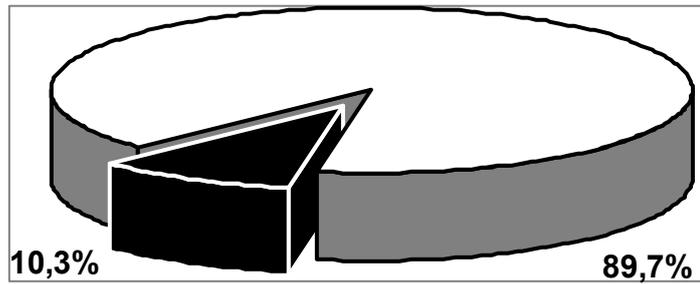
### 2.1. Материалы и методы исследования

Исследование проведено на кафедре хирургия ВОП Ташкентской Медицинской Академии (ТМА) на базе отделения плановой хирургии Городской Клинической Больницы №1 (ГКБ №1). Анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 87 больных с послеоперационными вентральными грыжами, сопровождающихся ожирением и находившихся на стационарном лечении за период с 2007 по 2009 годы (в возрасте от 31 до 64 лет, в том числе 9 (10,3%) мужчин, средний возраст которых составлял  $39,3 \pm 8,1$  года, и 78 (89,7%) женщин, их средний возраст  $39,4 \pm 8,3$  года.). С целью объективной оценки результатов больные были разделены на 2 группы: первая - 50 больных (57,5%), у которых произведена грыжесечение с аллопластикой; и вторая - 37 больных (42,5%) которым произведена грыжесечение с аллопластикой и абдоминопластика. Аллопластика произведена по методам: подапоневротической размещение протеза (sub lay), наапоневротическое размещение протеза (on lay). Все больные до операции были предупреждены о том, что выбор метода пластики окончательно будет решен только во время самой операции. Пациенты имели право сами выбирать метод лечения и могли отказаться от участия в таком исследовании. Однако в нашей практике таких ситуаций не возникало.

Таблица №1.

Распределение пациентов по полу, возрасту и по методу герниопластики, n=87.

Группа		on lay	sub lay	Всего	Возраст
Муж- чины	Контрольная	7	2	9(10,3%)	$39,3 \pm 8,1$
	Основная	-	-	-	
Жен- щины	Контрольная	36	5	41(47,1%)	$39,4 \pm 8,3$
	Основная	31	6	37(42,5%)	
Всего		74(85%)	13(15%)	87(100%)	$39,4 \pm 8,2$



■ Мужчины □ Женщины

Рис. №1. Распределение пациентов по полу





Таблица №2.

Распределение пациентов по возрастным группам  
(по Киевской классификации), n=87.

Группы Воз- растные группы	Мужчины (n=9).		Женщины (n=78).		Всего (n=87).
	Контроль- ная n=9.	Основная n=0.	Контроль- ная n=41.	Основная n=37.	
20-40 лет. (молодой).	1	-	5	4	10(11,5%)
41-60 лет. (средний).	6	-	27	28	61(70,1%)
61-75 лет. (пожилой).	2	-	9	5	16(18,4%)

В клинические группы входили больные с разными по генезу грыжами. В контрольной группе у 50 больных грыжи были первичными и послеоперационными, и у 5 из них первичные грыжи сочетались с послеоперационными дру-

гой локализации. В основной группе у 37 больных грыжи сочетались с отвислым животом.



Наш контингент больных в обеих группах в основном составили пациенты с малыми и средними вентральными грыжами. Больных с большими и гигантскими грыжами в основной группе было 3 (8,2%), а в контрольной — 4 (8%). В основной группе число пациентов с малыми грыжами составило 17 (45,9%), в контрольной - 20 (40%), пациентов с грыжами средних размеров было 17 (45,9%) и 26 (52%) соответственно.

Размеры грыж оценивались по классификации К.Д.Тоскина и В.В.Жебровского. Преобладали в обеих группах пациенты с грыжами среднего и малого размера (таблица №3).

Таблица №3.

Размеры послеоперационных вентральных грыж, %, n=87.

Группа	Малая	Средняя	Большая	Гигантская	Всего
on lay	37 (42,5%)	34 (39,1%)	3 (3,4%)	0 (00,0%)	<b>74</b> <b>(85%)</b>
sub lay	0 (00,0%)	9 (10,3%)	2 (2,3%)	2 (2,3%)	<b>13</b> <b>(15%)</b>
Всего	<b>37</b> <b>(42,5%)</b>	<b>43</b> <b>(49,4%)</b>	<b>5</b> <b>(5,7%)</b>	<b>2</b> <b>(2,3%)</b>	<b>87</b> <b>(100%)</b>

В зависимости от вида деформации передней брюшной стенки различали несколько форм живота. Больные разделены на соответствующие группы:

- 1-я — с округлой формой живота — 17 (46%),
- 2-я — с цилиндрической — 6 (16,2%),
- 3-я — с грушевидной — 7 (18,9%),
- 4-я — с куполообразной формой живота — 7 (18,9%).

Распределение больных в зависимости от формы живота позволило выбрать индивидуальный вид абдоминопластики, что важно для достижения оптимального результата операции (таблица №4.).

**Таблица № 4.**

**Выбор вида абдоминопластики в зависимости от формы живота.**

Форма живота	число больных		Виды абдоминопластики	Число операции	
	37	%		37	%
Округлая	17	46%	Классическая	17	23
Цилиндрическая	6	16,2%	Классическая	6	(62,2%)
Грушевидная	7	18,9%	Напряженно-боковая	7	7
Куполообразная 7(18,9%)	4	10,8%	Вертикальная	4	4(10,8%)
	3	8,1%	Мини-абдоминопластика	3	3(8,1%)

Степень выраженности отвисания живота оценивалась по классификации Хамдамова Х.Х и соавт.[56], где различают по этиологии (послеоперационный, послеродовой, идиопатический, гипералиментарный) и степени отвисания:

- I.ст. До симфиза лобковой кости.
- II.ст. До наружных половых органов.
- III.ст. До верхней трети бедра.
- IV.ст. До средней трети бедра.

В контрольной группе у 50 больных грыжи были первичными и послеоперационными, не было отвислости живота. В основной группе у 37 больных грыжи были послеоперационными и сочетались с отвислым животом, пациентов с 1 степенью отвисания было 13 (35,1%), 2 степени — 16 (43,2%), 3 степени составило 7 (19%), с 4 степени - 1 (2,7%).

Предоперационная подготовка включала очистительные клизмы накануне вечером и утром перед операцией, бинтование эластичными бинтами нижних конечностей, инъекции фраксипарина по 0,3 мл за 8 ч до операции с целью профилактики нарушений свертывающей системы крови. Профилактика ос-

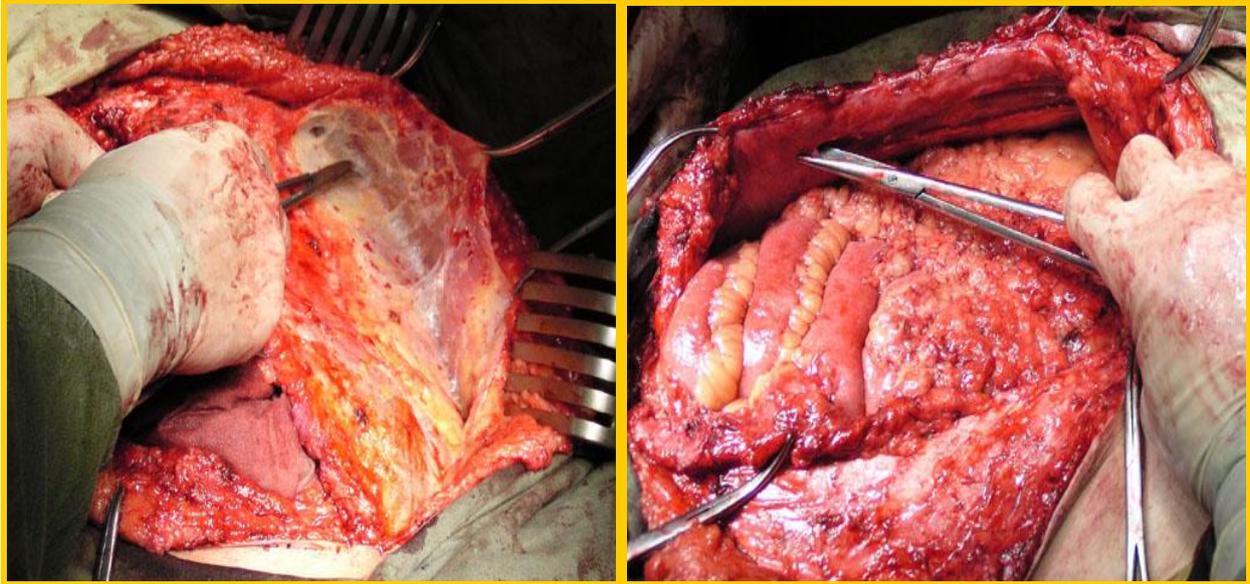
ложнений со стороны послеоперационной раны проводилась гигиеническими средствами (душ накануне операции), а также однократным внутривенным введением цефалоспоринов третьего поколения во время операции, до кожного разреза.

Выбор хирургической коррекции передней брюшной стенки зависел от формы живота. В основном применяли классическую или напряженно-боковую абдоминопластику, для больных с круглой формой живота (рис. 3) предпочитали классический метод абдоминопластики, так как деформация затрагивала всю переднюю поверхность брюшной стенки. У больных с цилиндрической формой живота использовали метод классической абдоминопластики, в результате которой наблюдался оптимальный результат, по мнению как пациента, так и хирурга. Грушевидная форма живота характеризовалась избыточным отложением жировой ткани в основном на боковых флангах живота. При этом наиболее целесообразной считали напряженно-боковую абдоминопластику.

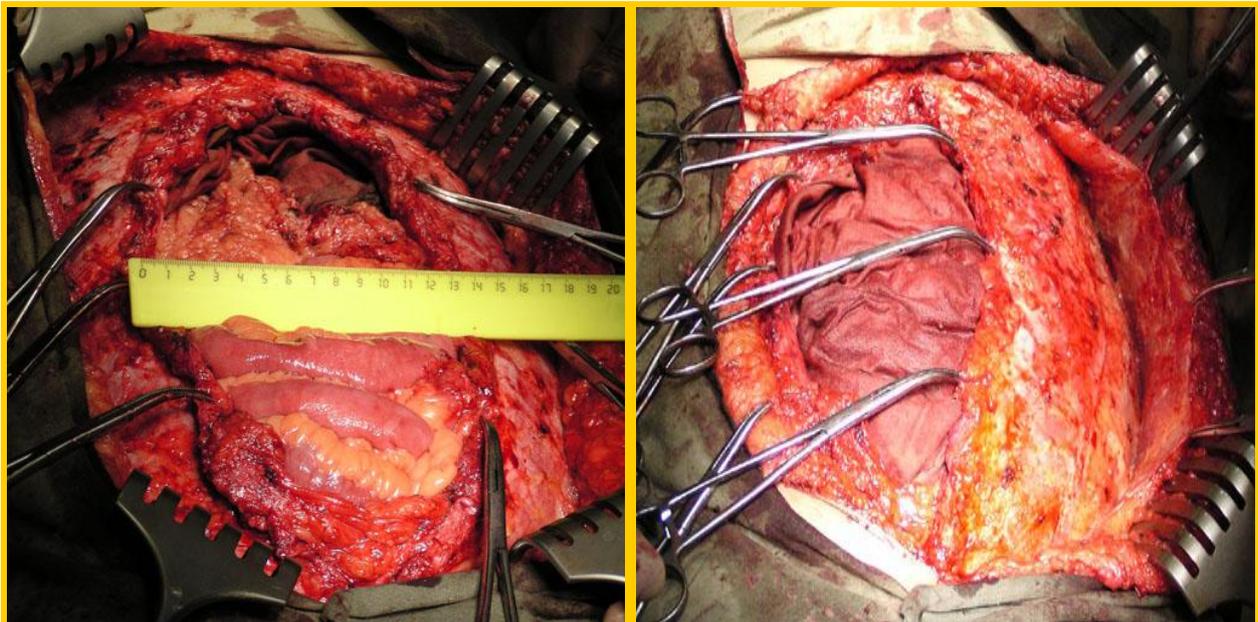
В связи с тем, что каждая из методик абдоминопластики имеет четкие показания и противопоказания, неправильно выбранный метод при той или другой форме живота может привести к послеоперационным осложнениям и невозможности достичь желаемого результата.

После обработки операционного поля на кожу передней брюшной стенки наносился рисунок типа "якоря", окаймляя грыжевое выпячивание, старый послеоперационный рубец и кожно-жировую складку. После разреза кожи и подкожного жирового слоя до апоневроза избыточная складка по рисунку удалялась, при этом выделялся грыжевой мешок. Края кожно-жировых лоскутов широко отсепаровывались кнаружи и кверху. Герниопластика проводилась путем сопоставления краев грыжевых ворот с инвагинацией грыжевого мешка от лобковой кости до верхней границы разреза, ликвидируя тем самым отвисание живота – диастаз прямых мышц живота. После завершения герниопластики на апоневроз укладывалась дренажная, сквозная, перфорированная трубка, свободные концы которой выводились ниже горизонтального разреза и фиксировались к

коже. Края кожной раны совмещали путём умеренной тракции книзу и к средней линии. По средней линии подкожно-жировая клетчатка отдельными швами фиксировалась к апоневрозу, ограничивая свободное пространство между подкожно-жировым слоем и апоневрозом.



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.



## 2.2. Методы исследования

Всем больным, поступившим в клинику в комплекс дооперационного обследования включили как общепринятые клинические и лабораторные, так и специальные методы исследования - ЭКГ, УЗИ печени, желчного пузыря и желчных путей, рентгенологическое исследование, ЭГДФС. В обязательном порядке измерение индекса массы тела (ИМТ), окружность живота, спирографию – ФВД. Другие исследования выполнены по необходимости.

На догоспитальном этапе выполнялось тщательное стандартное обследование больных. Обязательным условием являлась предоперационная подготовка в амбулаторных условиях, которая включала компрессию брюшной полости не менее 4-х недель, дыхательную гимнастику, подготовку кожи операционного поля – лечение опрелостей, расчесов, гнойников, нередко образующихся под кожной складкой в надлобковой области. Большинству пациентов, поступивших в стационар, проводилось оперативное лечение через день поступления, исключение составили 3 больных, которым до операции было проведено медикаментозное лечение сопутствующей патологии.

Далее проводилось исследование спектра сопутствующих заболеваний. Отметим, что в него не включались пациенты с тяжелыми формами патологий, а так же пациенты с заболеваниями, которые могли бы повлиять на полученные результаты. В первую очередь к таковым мы относили сахарный диабет (СД), значительно влияющий на регенеративные процессы в ране, и заболевания, течение которых сопровождается повышением внутрибрюшного давления (ХОБЛ).

В предоперационном периоде у 52 (59,8%) пациентов была выявлена гипертоническая болезнь (ГБ), которая в 36 случаях сопровождалась хронической ишемической болезнью сердца (ИБС). Ожирением различных степеней тяжести страдало 69 (79,3%) человек. У 10 (11,5%) человек мы наблюдали варикозное расширение вен нижних конечностей (ВРВНК) и 8 (9,2%) человек страдало мочекаменной болезнью (МКБ).

Среди 87 пациентов 69 (79,3%) страдали ожирением. В контрольной группе их было 32 (64%), в основной — 37 (100%). Остальные больные имели избыточную массу тела. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) была выявлена в 3 (3,4%) случаях.

Таблица №5.

Спектр сопутствующих заболеваний, (%).

Группа	Контрольная		Основная		Всего	
	n= 50	%, 100%	n= 37	%, 100	n= 87	100%
ИБС	17	34%	19	51,4%	36	41,4
ГБ	24	48%	28	75,7%	52	59,8
Холециститы (каменный, бескаменный)	11	22%	6	16,2%	17	19,5
Хронические гастриты	26	52%	22	59,5%	48	55,2
Язвенная болезнь желудка и 12п.к.(ДПК) без осложнений.	7	14%	4	10,8%	11	12,6
Ожирение	32	64%	37	100%	69	79,3
ВРВНК	6	12%	4	10,8%	10	11,5
МКБ	3	6%	5	13,5%	8	9,2
ДГПЖ	3	6%	-	-	3	6%
Дисменорея	2	4%	2	5,4%	4	4,6%
Кисты яичников	5	10%	2	5,4%	7	8%
Миома матки	1	2%	-	-	1	1,1%
Остеохондроз с корешковыми болями.	7	14%	6	16,2%	13	14,9%
Синдром сонного апноэ (Пиквикский синдром).	4	8%	3	8,1%	7	8%

В предоперационном периоде у всех пациентов была исследована функция внешнего дыхания. В таблице №6 представлены показатели исследования ФВД

среди исследуемых пациентов. Существенных различий между группами не наблюдается и в этом случае.

Таблица №6.

Показатели ФВД у исследуемых пациентов, n=87.

Группа	Без нарушений	Незначительные	Умеренные	Резкие
Контрольная (n=50).	18 36%	28 56%	3 6%	1 2%
Основная (n=37).	17 45,9%	11 29,7%	7 18,9%	2 5,4%
Всего (n=87).	35 40,2%	39 44,8%	10 11,5%	3 3,4%

Для оценки степени выраженности избыточного веса мы воспользовались определением индекса массы тела (ИМТ, в зарубежной литературе BMI- Body Mass Index), по формуле  $ИМТ(кг/м^2) = \frac{Масса\ тела, кг}{(Рост \times Рост)}$  и международной классификации ожирения (ВОЗ, 1997г.).

Таблица №7.

Распределение пациентов по ИМТ, (n=87).

ИМТ (кг/м <sup>2</sup> )	Контрольная n=50(%).	Основная n=37(%).	Всего n=87(100%).
Дефицит массы тела < 18,5	-	-	-
Нормальная масса тела 18,5 – 24,9	7 (14%)	-	7 (8%)
Избыточная масса тела 25,0 – 29,9	11 (22%)	-	11 (12,6%)
Ожирение I степени 30,0 – 34,9	27 (54%)	29 (78,4%)	56 (64,4%)
Ожирение II степени 35,0 – 39,9	5 (10%)	6 (16,2%)	11 (12,6%)
Ожирение III степени > 40	-	2 (5,4%)	2 (2,3%)

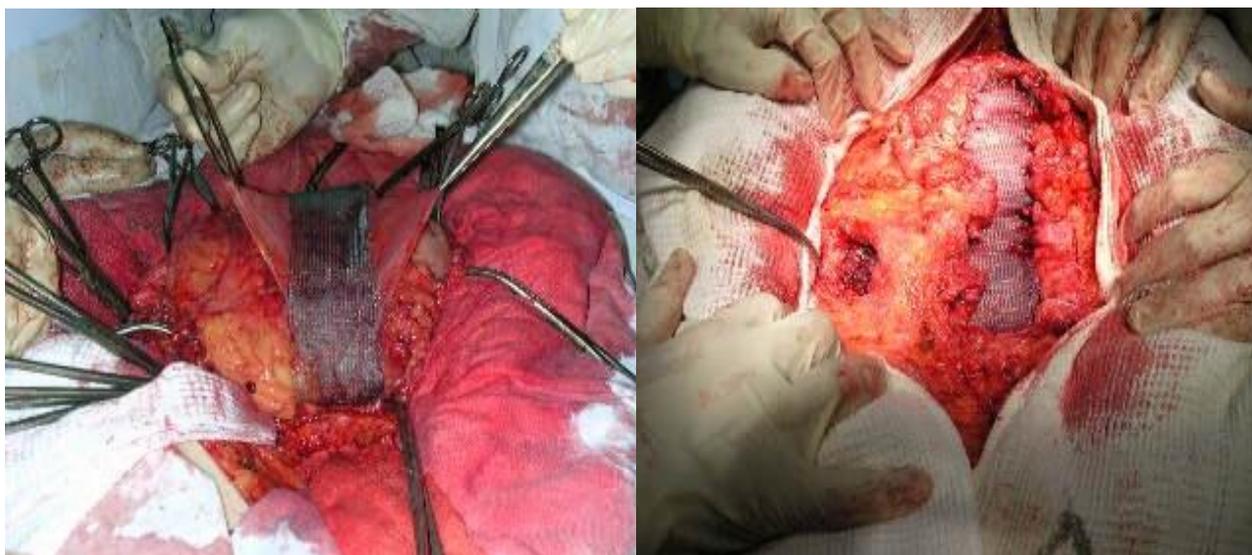
В обеих группах оперативное лечение выполнялось в основном под эндотрахеальным наркозом. Средняя продолжительность операции в контрольной группе составила 74 мин, в основной — 164 мин.

Операция в основной группе состояла из следующих этапов:

1. Разметка операционного поля. Производилась у пациента вначале в положении стоя, затем лежа, руками определялась величина жировой складки, которую следует удалить. Нижний горизонтальный или слегка извилистый разрез намечали по физиологической кожной складке, чуть выше лобка. Верхний разрез планировали чуть выше верхнего края пупочного кольца. Обе линии намеченного разреза соединяли снаружи от передних верхних остей подвздошных костей.

2. Мобилизация пупка. Окаймляющим разрезом пупок оставляли на соединительнотканной сосудистой ножке, которую мобилизовали на всем протяжении до апоневроза. Размер будущего пупка не превышал 2,5—3 см в диаметре.



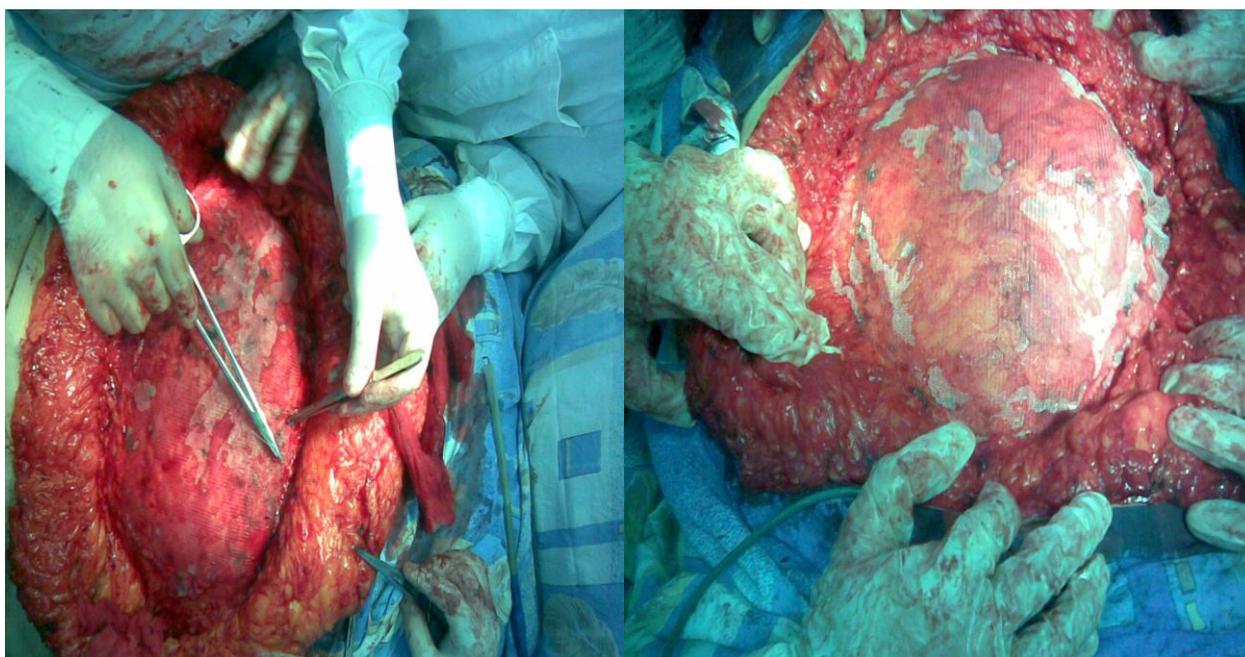


3. Иссечение кожно-жирового лоскута. Начинали иссечение с разреза по нижней линии разметки снаружи кнутри глубиной до апоневроза. Таким же образом производили разрез по верхней границе удаляемого лоскута. Путем трaкции сначала за один наружный угол, а затем за другой удаляли весь кожно-жировой лоскут. В анализируемом материале вес удаленного фартука до 3 кг отмечен у 7 пациентов, от 3 до 5 кг — у 8, от 5 до 8 кг — у 20, свыше 8 кг — у 2 оперированных. Максимальный вес удаленного кожно-жирового фартука равнялся 16,2 кг. Результаты определения площади удаленных кожно-жировых фартуков выглядят следующим образом: площадь фартука до 500 см<sup>2</sup> отмечена в 9 случаях, от 500 до 1000 см<sup>2</sup> — в 13, от 1000 до 2000 см<sup>2</sup> - в 7, от 2000 до 3000 см<sup>2</sup> - в 5, и у 3 пациентов площадь удаленного кожно-жирового фартука составила больше 3000 см<sup>2</sup>.



4. Мобилизация верхнего кожно-жирового лоскута. Путем тракции за «держалки», наложенные на верхний лоскут, последний отделяли от апоневроза несколько выше реберных дуг и мечевидного отростка. Во всех случаях иссекали подкожно-жировую клетчатку данного лоскута.

5. Ревизия передней брюшной стенки и пластика грыжевых ворот. Во время удаления и мобилизации кожно-жирового лоскута выделяли грыжевой мешок. Широкая мобилизация позволяла выявить не распознанные до операции грыжевые дефекты, имеющиеся участки «слабости» брюшной стенки. У всех больных основной группы производилась пластика край в край, все пластики выполнялась сетчатыми полипропиленовыми протезами фирмы «Этикон». В качестве шовного материала использовался полипропилен. Во всех случаях узловыми швами устраняли диастаз прямых мышц, который необходимо ликвидировать от мечевидного отростка до лона.



6. Перемещение пупка на новое место. Производится путем подшивания пупка в намеченное место.

7. Шов операционной раны. Перед ушиванием кожной раны во всех случаях через контрапертуры производили ее дренирование дренажами с активной аспирацией. В своей работе мы использовали шовный материал полипропилен.

Преимуществами данной методики считаем: возможность полной ревизии и укрепления апоневроза на всем протяжении, расположение швов кожи в отдалении от швов на мышечно-апоневротическом дефекте.

Таблица № 8.

Симультанные операции.

№	Вид операции	Число операции		
		Контрольная	Основная	Всего
1.	Абдоминопластика	-	37	37
2.	Герниопластика	50	37	87
3.	Холецистэктомия	7	2	9
4.	Аппендэктомия	2	1	3
5.	Операция Стронга	1	3	4
6.	Кистэктомия (тубоварэктомия)	3	1	4
7.	Добровольная хир. стерилизация (ДХС)	9	4	13

В послеоперационном периоде только 3 пациентам проводили интенсивную терапию в отделении реанимации, количество койко-дней в среднем составило 4,5. Пяти пациентам потребовалось возмещение объема циркулирующей плазмы. Для этого использовались кристаллоидные растворы.

Остальным пациентам была проведена медикаментозная профилактика дыхательных и гемодинамических расстройств, нарушений функций желудочно-кишечного тракта, гнойно-воспалительных раневых осложнений (в хирургическом отделении). В послеоперационном периоде все больные применяли эластичные биндажи и у всех пациентов проводились антибактериальная и противовоспалительная терапии по одной схеме. Не позже вторых суток проводилась активация больных, в обязательном порядке назначалась лечебная физкультура с нагрузкой на верхние и нижние конечности, эластичное бинтование нижних конечностей отменяли не ранее 10-го дня после операции.

В послеоперационном периоде мы не наблюдали выраженный парез кишечника. Кормление начинали со 2—3 суток, по мере восстановления кишечной перистальтики.

Для профилактики гнойно-воспалительных раневых осложнений все больные получали короткий (4—5 дней) курс антибиотикотерапии.

Послеоперационный период требовал большего внимания, чем при других видах герниопластики. Назначалось раннее вставание, дыхательная гимнастика, гепаринотерапия, физиотерапия. Дренаж удалялся через двое суток.

Результаты лечения оценивались по количеству общих и местных осложнений в ближайшем послеоперационном периоде и по результатам исследования пациентов в отдаленном послеоперационном периоде.

Отдалённые результаты от 5 месяцев до 3 года после операции прослежены у 79 (90,8%) человек. Рецидива грыжи не выявлено, косметический дефект удовлетворительный, келлоидных рубцов нет.

При оценке эстетических результатов оперативного лечения мы проводили опрос и осмотр больных основной группы.

### Глава III.

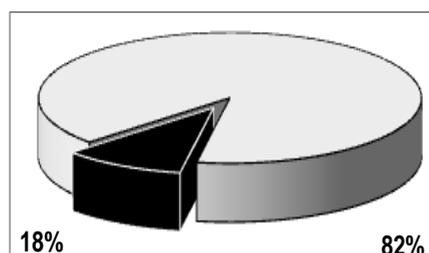
#### 3.1.Общая характеристика и результаты лечения больных контрольной группы.

Мы проанализировали результаты обследования и лечения 50 больных с послеоперационными вентральными грыжами, находившихся на стационарном лечении в 1-городской клинической больнице за период с 2007 по 2009 годы(в возрасте от 31 до 64 лет, в том числе 9 (18%) мужчин и 41 (82%) женщин.), которым произведено грыжесечение с аллопластикой. Аллопластика произведена по методам: sub lay, on lay.

Таблица №9.

Распределение пациентов по полу и возрасту, n=87

Группа	on lay	sub lay	Всего	Возраст (сред.)
Мужчины	7	2	9	39,3±8,1
Женщины	36	5	41	39,4±8,3
Всего	43	7	<b>50</b>	39,4±8,2



■ Мужчины □ Женщины

Рис. №2. Распределение пациентов по полу

Таблица №10.

Распределение пациентов по возрастным группам  
(по Киевской классификации), n=50.

Воз- растные группы	Пол	Мужчины (n=9).	Женщины (n=41).	Всего (n=50).
20-40 лет. (молодой).		1	5	6
41-60 лет. (средний).		6	27	33
61-75 лет. (пожилой).		2	9	11

Больные были с разными по генезу грыжами. В основном грыжи были первичными и послеоперационными, у 5 из них первичные грыжи сочетались с послеоперационными другой локализации. Больных с большими и гигантскими грыжами — 4 (8%), число пациентов с малыми грыжами составило - 20 (40%), пациентов с грыжами средних размеров было 26 (52%).

Таблица №11.

Размеры послеоперационных вентральных грыж и  
методика аллопластики, %, n=50.

Группа	Малая	Средняя	Большая	Гигантс- кая	Всего
on lay	20 (40%)	21 (42%)	1 (2%)	0 (00,0%)	<b>42</b> <b>(84%)</b>
sub lay	0 (00,0%)	5 (10%)	2 (4%)	1 (2%)	<b>8</b> <b>(16%)</b>
Всего	<b>20</b> <b>(40%)</b>	<b>26</b> <b>(52%)</b>	<b>3</b> <b>(6%)</b>	<b>1</b> <b>(2%)</b>	<b>50</b> <b>(100%)</b>

Таблица №12.

Распределение пациентов по ИМТ, n=87.

ИМТ (кг/м <sup>2</sup> )	Женщины n=41(%).	Мужчины n=9(%).	Всего n=50(100%).
Нормальная масса тела 18,5 – 24,9	2 (4,9%)	5 (55,6%)	7 (14%)
Избыточная масса тела 25,0 – 29,9	8 (19,5%)	3 (33,3%)	11 (22%)
Ожирение I степени 30,0 – 34,9	26(63,4%)	1 (11,1%)	27 (54%)
Ожирение II степени 35,0 – 39,9	5 (12,2%)	-	5 (10%)

В предоперационном периоде у 24 (46%) пациентов была выявлена гипертоническая болезнь(ГБ), которая в 17 случаях сопровождалась хронической ишемической болезнью сердца(ИБС). Ожирением различных степеней тяжести страдало 32 (64%) человек. У 6 (12%) человек мы наблюдали варикозное расширение вен нижних конечностей (ВРВНК) и 3 (6%) человек страдало мочекаменной болезнью (МКБ). Доброкачественная гиперплазия предстательной железы(ДГПЖ) была выявлена в 3 (6%) случаях.

Таблица №13.

Спектр сопутствующих заболеваний, %.

Группа	Женщины		Мужчины		Всего	
	n= 41	%, 100%	n= 9	%, 100	n= 50	100%
ИБС	16	39%	1	11,1%	17	34%
ГБ	21	51,2%	3	33,3%	24	46%
Холециститы (каменный, бескаменный)	11	26,8%	-	-	11	22%
Хронические гастриты	22	53,6%	4	44,4%	26	52%

Язвенная болезнь желудка и 12п.к.(ДПК) без осложнений.	6	14,6%	1	11,1%	7	14%
Ожирение	31	75,6%	1	11,1%	32	64%
ВРВНК	6	14,6%	-	-	6	12%
МКБ	1	2,4%	2	22,2%	3	6%
ДГПЖ	-	-	3	33,3%	3	6%
Дисменорея	2	4,9%	-	-	2	4%
Кисты яичников	5	12,2%	-	-	5	10%
Миома матки	1	2,4%	-	-	1	2%
Остеохондроз с корешковыми болями.	6	14,6%	1	11,1%	7	14%
Синдром сонного апноэ (Пиквикский синдром).	3	7,3%	1	11,1%	4	8%

У всех пациентов была исследована функция внешнего дыхания до и после операции. В таблице №15 представлены показатели исследования ФВД среди исследуемых пациентов.

Таблица №14.

Показатели ФВД у исследуемых пациентов, n=50.

Группа	Без нарушений	Незначительные	Умеренные	Резкие
До операции	18 (36%)	28 (56%)	3 (6%)	1 (2%)
После операции	17 (34%)	31 (62%)	1 (2%)	1 (2%)

Большинству пациентов, поступивших в стационар, проводилось оперативное лечение через день поступления, исключение составила 1 больная, ко-

торой до операции было проведено медикаментозное лечение сопутствующей патологии.

Предоперационная подготовка включала очистительные клизмы накануне вечером и утром перед операцией, бинтование эластичными бинтами нижних конечностей, инъекции фраксипарина по 0,3 мл за 8 ч до операции с целью профилактики нарушений свертывающей системы крови. Профилактика осложнений со стороны послеоперационной раны проводилась гигиеническими средствами (душ накануне операции), а также однократным внутривенным введением цефалоспоринов третьего поколения во время операции, до кожного разреза.

Операция выполнялась в основном под эндотрахеальным наркозом. У всех больных пластика выполнялась сетчатыми полипропиленовыми протезами фирмы «Этикон». В качестве шовного материала использовался полипропилен. Средняя продолжительность операции составила 74 минут (min.35мин., max.156мин.).

Таблица №15.

#### Симультанные операции.

№	Вид операции	Число операции
1.	Герниопластика	50
2.	Холецистэктомия	7
3.	Аппендэктомия	2
4.	Операция Стронга	1
5.	Кистэктомия (тубоварэктомия)	3
6.	Добровольная хир. стерил.(ДХС)	9

В послеоперационном периоде только 3 пациентам проводили интенсивную терапию в отделении реанимации. Пяти пациентам потребовалось возмещение объема циркулирующей плазмы. Для этого использовались кристаллоидные растворы. Остальным пациентам была проведена медикаментозная профилактика дыхательных и гемодинамических расстройств, нарушений функ-

ций желудочно-кишечного тракта, гнойно-воспалительных раневых осложнений (в хирургическом отделении).

В послеоперационном периоде мы не наблюдали выраженный парез кишечника. Лишь в 2 (4%) случаях понадобилась медикаментозная стимуляция кишечника. Кормление начинали со 2—3 суток, по мере восстановления кишечной перистальтики.

Послеоперационный период требовал большего внимания, чем при других видах герниопластики. Назначалось раннее вставание, дыхательная гимнастика, гепаринотерапия, физиотерапия. Послеоперационные осложнения возникли у 5 больных: серомы у 3 больных, нагноение раны – у 1 больного.

Основным методом оценки эффективности проведенного хирургического лечения являлся анализ ближайших и отдаленных результатов. Результаты лечения оценивались по количеству общих и местных осложнений в ближайшем послеоперационном периоде и по результатам исследования пациентов в отдаленном послеоперационном периоде.

Таблица № 16.

Местные раневые осложнения в послеоперационном периоде.

Осложнения	On lay(n=43)		Sub lay(n=7)		Всего (n=50)
	Абс.	%	Абс.	%	
Серомы	2	4,6%	1	14,3%	3(6%)
Лигатурные свищи	1	2,3%	-	-	1(2%)
Нагноение послеоперационной раны	1	2,3%	-	-	1(2%)
Краевой некроз кожи	1	2,3%	1	14,3%	2(4%)
Итого	5	11,6%	2	28,6%	7(14%)

Таблица №17.

Спектр послеоперационных осложнений общего характера.

Осложнение	Группа		Всего
	On lay(n=43)	Sub lay(n=7)	
Пневмония	1	-	1
Аритмии	2	1	3
<b>Итого</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>4</b>

Общих осложнений в контрольной группе отмечено 11 (22%). Чаще местные осложнения были не единичными, а сочетанными (у 5 (10%) пациентов). 4 осложнения общего характера мы наблюдали у 3 (6%) пациентов. У одного развилась пневмония. Была проведена консервативная терапия с положительным эффектом. Других общих послеоперационных осложнений в контрольной не выявлено.

Средняя продолжительность стационарного лечения у больных контрольной группы составила 7,6 койко-дней.

В таблице №18 отражено количество койко-дней при различных методах герниопластики. Показатели данной таблицы весьма интересны с исследовательской точки зрения. Разница между средними показателями койко-дней в различных группах статистически не достоверна ( $p > 0,05$ ), однако отметим, что меньше они в группе надапоневротических пластик.

Таблица №18.

Количество койко-дней.

Метод герниопластики	Количество койко-дней		
	Мин.	Макс.	Сред.
On lay(n=43)	4	13	7,6±1,5*
Sub lay(n=7)	4	14	7,9±1,2*

\* - разница статистически не достоверна,  $p > 0,05$

Показатель социальной реабилитации свидетельствует о том, что из 36 обследованных работающих пациентов контрольной группы все приступили к выполнению своих прежних обязанностей. Их средний период нетрудоспособности составил 26,3 дня.

Отдаленные результаты оперативного лечения прослежены у 44 (88%) больных от 5 месяцев до 3 лет. Рецидива грыжи не выявлено, косметический эффект удовлетворительный, келоидных рубцов нет.

При оценке отдаленных результатов лечения хорошим считался результат в случае отсутствия рецидива грыжи и жалоб, связанных с выполненной герниопластикой. Удовлетворительным считался результат при отсутствии рецидива грыжи, но при наличии жалоб, связанных с протезирующей операцией. И плохим считался результат лечения при наличии рецидива грыжи. Хорошие отдаленные результаты получены у 41 (82%) человека, удовлетворительные у 3 (6%), рецидив грыжи не выявлен. У 6 (12%) пациентов проследить отдаленные результаты лечения не удалось, в связи с тем что, 1 (2%) пациентка умерла по причинам не связанным с протезирующей герниопластикой, а с 5 (10%) пациентами не удалось связаться.

### 3.2. Общая характеристика и результаты лечения больных

#### основной группы.

Проанализированы результаты обследования и лечения 37 больных с послеоперационными вентральными грыжами, сопровождающихся отвислым животом и находившихся на стационарном лечении в 1-городской клинической больнице за период с 2007 по 2009 годы (в возрасте от 35 до 62 лет, все пациенты были женского пола, средний возраст составлял 39,4±8,3 года.), которым произведено грыжесечение с аллопластикой и абдоминопластика. Аллопластика произведена по методам: sub lay, on lay.

Таблица № 19.

Распределение пациентов по возрасту (по Киевской классификации – средний возраст 39,4±8,3 года), и методам герниопластики, n=37.

Метод герниопластики Возрастные группы	Надапоневротическое размещение протеза (on lay, n=31).	Подапоневротическое размещение протеза (sub lay, n=6).	Всего (n=37).
20-40 лет. (молодой).	3	1	4
41-60 лет. (средний).	25	3	28
61-75 лет. (пожилой).	3	2	5

В основную группу входили больные с разными по генезу послеоперационными грыжами, которые сочетались с отвислым животом. Контингент больных в основном составили пациенты с малыми и средними вентральными грыжами. Больных с большими и гигантскими грыжами было 3 (8,2%), число

пациентов с малыми грыжами 17 (45,9%), пациентов с грыжами средних размеров было 17 (45,9%).

Таблица №20.

Размеры послеоперационных вентральных грыж, n=37.

Группа	Малая	Средняя	Большая	Гигантская	Всего
Надапоневротическое размещение протеза (on lay.).	17 (45,9%)	12 (32,4%)	2 (5,4%)	0 (00,0%)	<b>31</b> <b>(83,8%)</b>
Подапоневротическое размещение протеза (sub lay.).	0 (00,0%)	5 (13,5%)	0 (00,0%)	1 (2,7%)	<b>6</b> <b>(16,2%)</b>
<b>Итого</b>	<b>17</b> <b>(45,9%)</b>	<b>17</b> <b>(45,9%)</b>	<b>2</b> <b>(5,4%)</b>	<b>1</b> <b>(2,7%)</b>	<b>37</b> <b>(100%)</b>

Показатели выраженности избыточного веса проведены в таблице № 21.

Таблица №21.

Распределение пациентов по ИМТ, n=37.

ИМТ (кг/м <sup>2</sup> )	Число пациентов n=37(100%).
Ожирение I степени 30,0 – 34,9	29 (78,4%)
Ожирение II степени 35,0 – 39,9	6 (16,2%)
Ожирение III степени > 40	2 (5,4%)

По степени выраженности отвисания живота больные основной группы распределялись следующим образом:

Iст. До симфиза лобковой кости – 13 (35,1%).

IIст. До наружных половых органов – 16 (43,2%).

IIIст. До верхней трети бедра – 7 (19%).

IVст. До средней трети бедра – 1 (2,7%).

В зависимости от вида деформации передней брюшной стенки больные распределялись следующим образом:

- 1). с округлой формой живота было 17 (46%) больных;
- 2). с цилиндрической — 6 (16,2%);
- 3). с грушевидной — 7 (18,9%);
- 4). с куполообразной формой живота — 7 (18,9%).

Распределение больных в зависимости от формы живота позволило выбрать индивидуальный вид абдоминопластики, что важно для достижения оптимального результата операции (таблица №22.).

**Таблица №22.**

**Выбор вида абдоминопластики в зависимости от формы живота.**

Форма живота	число больных		Виды абдоминопластики	Число операции	
	37	%		37	%
Округлая	17	46%	Классическая	17	23 (62,2%)
Цилиндрическая	6	16,2%	Классическая	6	
Грушевидная	7	18,9%	Напряженно-боковая	7	7 (18,9%)
Куполообразная 7(18,9%)	4	10,8%	Вертикальная	4	4(10,8%)
	3	8,1%	Мини-абдоминопластика	3	3(8,1%)

В предоперационном периоде у 28 (51,4%) пациентов была выявлена гипертоническая болезнь (ГБ), которая в 19 случаях сопровождалась хронической ишемической болезнью сердца (ИБС). У 4 (10,8%) пациентов мы наблюдали варикозное расширение вен нижних конечностей (ВРВНК) и у 5 (13,5%) мочекаменную болезнь(МКБ).

**Таблица №23.**

**Спектр сопутствующих заболеваний, (%).**

Группа	Число пациентов, %	
	n= 37	%, 100
ИБС	19	51,4%

ГБ	28	75,7%
Холециститы (каменный, бескаменный)	6	16,2%
Хронические гастриты	22	59,5%
Язвенная болезнь желудка и ДПК без осл.	4	10,8%
Ожирение	37	100%
ВРВНК	4	10,8%
МКБ	5	13,5%
Дисменорея	2	5,4%
Кисты яичников	2	5,4%
Миома матки	-	-
Остеохондроз с корешковыми болями.	6	16,2%
Синдром сонного апноэ (Пиквикский синдром).	3	8,1%

У всех пациентов была исследована функция внешнего дыхания до и после операции. В таблице №24 представлены показатели исследования ФВД среди исследуемых пациентов.

Таблица №24.

Показатели ФВД у исследуемых пациентов, n=37.

Группа	Без нарушений	Незначительные	Умеренные	Резкие
До операции	17 45,9%	11 29,7%	7 18,9%	2 5,4%
После операции	19 51,3%	15 40,5%	2 5,4%	1 2,7%

Оперативное лечение проводилось на следующей день поступления в стационар, исключение составили 6 больных, которым до операции было проведено медикаментозное лечение сопутствующей патологии.

Операция выполнялась в основном под эндотрахеальным наркозом. Выбор хирургической коррекции передней брюшной стенки зависел от формы живота. В основном применяли классическую или напряженно-боковую абдоминопластику. У больных с цилиндрической формой живота использовали метод классической абдоминопластики, в результате которой наблюдался оптимальный результат, по мнению как пациента, так и хирурга. Грушевидная форма живота характеризовалась избыточным отложением жировой ткани в основном на боковых флангах живота. При этом наиболее целесообразной была напряженно-боковая абдоминопластика. Для больных с круглой формой живота (рис. 3) предпочитали классический метод абдоминопластики, так как деформация затрагивала всю переднюю поверхность брюшной стенки.

В связи с тем, что каждая из методик абдоминопластики имеет четкие показания и противопоказания, неправильно выбранный метод при той или другой форме живота может привести к послеоперационным осложнениям и невозможности достичь желаемого результата. Таким образом, в 7 наблюдениях нами была выполнена напряженно-боковая абдоминопластика, в 3 — мини-абдоминопластика, в 4 — вертикальная абдоминопластика, в 23 наблюдениях — классический вариант абдоминопластики.

В анализируемом материале вес удаленного фартука до 3 кг отмечен у 7 пациентов, от 3 до 5 кг — у 8, от 5 до 8 кг — у 20, свыше 8 кг — у 2 оперированных. Максимальный вес удаленного кожно-жирового фартука равнялся 16,2 кг. Результаты определения площади удаленных кожно-жировых фартуков выглядят следующим образом: площадь фартука до 500 см<sup>2</sup> отмечена в 9 случаях, от 500 до 1000 см<sup>2</sup> — в 13, от 1000 до 2000 см<sup>2</sup> - в 7, от 2000 до 3000 см<sup>2</sup> - в 5, и у 3 пациентов площадь удаленного кожно-жирового фартука составила больше 3000 см<sup>2</sup>.

У всех больных пластики выполнялась сетчатыми полипропиленовыми протезами фирмы «Этикон». В качестве шовного материала использовался полипропилен. В большинстве случаев узловыми швами устраняли диастаз пря-

мых мышц, который необходимо ликвидировать от мечевидного отростка до лона.

Окаймляющим разрезом пупок оставляли на соединительнотканной сосудистой ножке, которую мобилизовали на всем протяжении до апоневроза. Размер будущего пупка не превышал 2,5—3 см в диаметре, и подшивался пупок в намеченное место.

Преимуществами данной методики считаем: возможность полной ревизии и укрепления апоневроза на всем протяжении, расположение швов кожи в отдалении от швов на мышечно-апоневротическом дефекте.

Средняя продолжительность операции составила 164 минут (min.105мин., max.236мин.).

Таблица №25.

#### Симультанные операции.

№	Вид операции	Число операции
1.	Абдоминопластика	37
2.	Герниопластика	37
3.	Холецистэктомия	2
4.	Аппендэктомия	1
5.	Операция Стронга	3
6.	Кистэктомия (тубоварэктомия)	1
7.	Добровольная хир. стерилизация (ДХС)	4

В послеоперационном периоде только 7 пациентам проводили интенсивную терапию в отделении реанимации, количество койкодней в среднем составило 3,5. Пяти пациентам потребовалось возмещение объема циркулирующей плазмы. Для этого использовались кристаллоидные растворы. Остальным пациентам была проведена медикаментозная профилактика дыхательных и гемодинамических расстройств, нарушений функций желудочно-кишечного тракта, гнойно-воспалительных раневых осложнений в хирургическом отделении. В послеоперационном периоде все больные применяли эластичные биндажи и у

всех пациентов проводились антибактериальная и противовоспалительная терапия по единой схеме. Не позже вторых суток проводилась активация больных, в обязательном порядке назначалась лечебная физкультура с нагрузкой на верхние и нижние конечности, эластичное бинтование нижних конечностей отменяли не ранее 10-го дня после операции.

В послеоперационном периоде мы не наблюдали выраженный парез кишечника. Лишь в 3 (8,1%) случаях понадобилась медикаментозная стимуляция кишечника. Кормление начинали со 2—3 суток, по мере восстановления кишечной перистальтики.

Для профилактики гнойно-воспалительных раневых осложнений все больные получали короткий (4—5 дней) курс антибиотикотерапии.

Послеоперационный период требовал большего внимания, чем при других видах герниопластики. Назначалось раннее вставание, дыхательная гимнастика, гепаринотерапия, физиотерапия. Дренаж удалялся через двое суток.

Основным методом оценки эффективности проведенного хирургического лечения являлся анализ ближайших и отдаленных результатов. Результаты лечения оценивались по количеству общих и местных осложнений в ближайшем послеоперационном периоде и по результатам исследования пациентов в отдаленном послеоперационном периоде.





Послеоперационные осложнения возникли у 4 (10,8%) больных: инфильтрация краев раны у 2(5,4%) больных, нагноение раны – у 2 больных.

**Таблица №26.**

**Зависимость развития осложнений от вида абдоминопластики**

Осложнение \ Вид абдоминопластики	Классическая		Напряженно-боковая		Вертикальная		Мини-абдоминопластика		Всего	
	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%
	23	62,2	7	18,9	4	10,8	3	8,1	37	100
Серома	1	4,3%	-	-	-	-	-	-	1	2,7%
Краевой-некроз лоскута	-	-	1	14,3%	-	-	-	-	1	2,7%
Нагноение раны	-	-	1	14,3%	1	25%	-	-	2	5,4%
Инфильтраты	1	4,3%	-	-	-	-	1	33,3%	2	5,4%
Итого:	2	8,6%	2	28,6%	1	25%	1	33,3%	6	16,2%

Подобный подход к абдоминопластике позволил в послеоперационном периоде снизить риск развития таких осложнений, как серома, жировая эмболия, некроз кожи, что связано с наименьшей травматизацией передней брюшной стенки с сохранением питающих сосудов, а также с наименьшей длительностью операции.

Таблица №27.

Спектр послеоперационных осложнений общего характера

Осложнение	Группа		Всего (n=37)
	On lay(n=31)	Sub lay(n=6)	
Пневмония	-	1	1
Аритмии	1	1	2
Прочие	1	-	1
<b>Итого</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4(10,8%)</b>

В основной группе общие и местные осложнения были сочетанными (у 6(16,2%) пациентов).

Средняя продолжительность стационарного лечения больных основной группы составила 8,2 койко-дней.

В таблице №28 отражено количество койко-дней при различных методах герниопластики.

Таблица №28.

Количество койко-дней в основной группы.

Метод герниопластики	Количество койко-дней		
	Мин.	Макс.	Сред.
On lay(n=31)	5	15	8,1±1,5*
Sub lay(n=6)	6	14	8,2±1,2*

\* - разница статистически не достоверна,  $p > 0,05$

Показатель социальной реабилитации свидетельствует о том, что из 23 обследованных работающих пациентов основной группы все приступили к выполнению своих прежних обязанностей. Их средний период нетрудоспособности составил 29,5 дней.

Отдаленные результаты оперативного лечения прослежены у 35 (94,6%) больных от 5 месяцев до 3 лет. Рецидива грыжи не выявлено, косметический эффект удовлетворительный, келоидных рубцов нет. Хорошие отдаленные результаты получены у 33 (89,2%) пациентов, удовлетворительные у 2 (5,4%), рецидив грыжи не выявлен. У 2 (5,4%) пациентов проследить отдаленные результаты лечения не удалось, так как не удалось связаться с ними.

### 3.3. Сравнение результатов лечения контрольной и основной групп.

В предоперационном периоде и после операции у всех пациентов была исследована функция внешнего дыхания. В таблице №35 представлены показатели исследования ФВД среди исследуемых пациентов до и после операции. Существенных различий между группами не наблюдалось.

Таблица № 29.

Показатели ФВД у исследуемых пациентов, n=87.

Группа		Без нарушений	Незначительные	Умеренные	Резкие
До операции	Контрольная (n=50).	18 36%	28 56%	3 6%	1 2%
	Основная (n=37).	17 45,9%	11 29,7%	7 18,9%	2 5,4%
	Всего (n=87).	35 40,2%	39 44,8%	10 11,5%	3 3,4%
После операции	Контрольная (n=50).	17 34%	31 62%	1 2%	1 2%
	Основная (n=37).	19 51,4%	15 40,5%	2 5,4%	1 2,7%
	Всего (n=87).	36 41,4%	36 41,4%	3 3,4%	2 2,3%

В обеих группах оперативное лечение выполнялось в основном под эндотрахеальным наркозом. Средняя продолжительность операции в контрольной группе составила 74 мин, в основной — 164 мин.

Таблица № 30.

## Местные раневые осложнения в послеоперационном периоде.

Осложнения	Контрольная(n=50)		Основная (n=37)		Всего (n=87)
	Абс.	%	Абс.	%	
Инфильтраты	-	-	2	5,4%	2(2,3%)
Серомы	3	6%	1	2,7%	4(4,6%)
Лигатурные свищи	1	2%	-	-	1(1,1%)
Нагноение после- операционной раны	1	2%	2	5,4%	3(3,4%)
Краевой некроз кожи	2	4%	1	2,7%	3(3,4%)
Итого	7	14%	6	16,2%	13(14,9%)

Таблица № 31.

## Спектр послеоперационных осложнений общего характера

Осложнение	Группы		
	Контрольная	Основная	Всего
Пневмония	1 (2%)	1 (2,7%)	2 (2,3%)
Аритмии	3 (6%)	2 (5,4%)	5 (5,7%)
Прочие	-	1 (2,7%)	1 (1,1%)
<b>ВСЕГО</b>	<b>4 (8%)</b>	<b>4 (10,8%)</b>	<b>8 (9,1%)</b>

Таблица №32.

## Количество койко-дней

Метод герниопластики	Количество койко-дней		
	Мин.	Макс.	Сред.
Контрольная (n=50)	4	14	7,8±1,4*
Основная (n=37)	5	15	8,1±1,3*

\* - разница статистически не достоверна, p&gt;0,05

Мы изучили количество общих койко-дней в обеих группах. Средняя продолжительность стационарного лечения больных контрольной группы была равной 7,6, основной — 8,2 койко-дням. Большое количество сопутствующих заболеваний и сложность операции в основной группе не могло не повлиять на этот показатель. В этой группе среднее количество койко-дней составило 8,2 дня, против 7,6 дней в контрольной.

При оценке эстетических результатов оперативного лечения мы проводили опрос и осмотр больных обеих групп. Хороший результат в основной группы был достигнут у 33 (89,2%) больных, удовлетворительные у 2 (5,4%), рецидив грыжи не выявлен. У 2 (5,4%) пациентов проследить отдаленные результаты лечения не удалось, в связи с тем что, пациентами не удалось связаться. В контрольной группе хорошие отдаленные результаты получены у 41 (82%) больных, удовлетворительные у 3 (6%), рецидив грыжи не выявлен. У 6 (12%) пациентов проследить отдаленные результаты лечения не удалось, в связи с тем что, 1 (2%) пациентка умерла по причинам не связанным с протезирующей герниопластикой, а с 5 (10%) пациентами не удалось связаться.

## Заключение

В последние годы широко применяется и совершенствуются различные методы абдоминопластики. Усилия врачей направлены на получение оптимальных результатов. Однако, несмотря на то, что количество осложнений сведено к минимуму, хирурги с осторожностью решаются на производство таких операций.

Хирургическая коррекция передней брюшной стенки у грыженосителей с ожирением и отвислым животом может сопровождаться различными осложнениями. Частота осложнений хирургической коррекции передней брюшной стенки достигает 30,8%. Снижению частоты послеоперационных осложнений может способствовать разработка строгих показаний и противопоказаний к тому или иному методу абдоминопластики в зависимости от формы живота, а также усовершенствование технических приемов и этапов вмешательства.

Основным методом оценки эффективности проведенного хирургического лечения являлся анализ ближайших и отдаленных результатов.

При оценке непосредственных результатов исследования были получены следующие данные. В ближайшем послеоперационном периоде у 8 (9,2%) пациентов развились осложнения общего характера, была проведена консервативная терапия с положительным эффектом. Других общих послеоперационных осложнений при анализе обеих групп выявлено не было. Летальных исходов не было зафиксировано.

Местных осложнений в контрольной группе отмечено 7 (14%), в основной — 6 (16,2%). Чаще осложнения были не единичными, а сочетанными. На основании вышеприведенных данных можно сделать заключение, что большая продолжительность операции в основной группе не повлияла на частоту возникновения общих осложнений.

Мы изучили количество общих койко-дней в обеих группах. Средняя продолжительность стационарного лечения больных контрольной группы была равной 7,6, основной — 8,2 койко-дням. Большое количество сопутствующих

заболеваний и сложность операции в основной группе не могло не повлиять на этот показатель. В этой группе среднее количество койко-дней составило 8,2 дня, против 7,6 дней в контрольной.

При оценке отдаленных результатов лечения больных вентральными грыжами следует отметить, что как в контрольной, так и основной группе больных рецидива грыж не было.

Показатель социальной реабилитации свидетельствует о том, что из 23 обследованных работающих пациентов основной группы все приступили к выполнению своих прежних обязанностей. Их средний период нетрудоспособности составил 29,5 дня.

Работающие пациенты контрольной группы (36) из числа осмотренных в отдаленном периоде также все приступили к работе. Но из 36 пациентов 5 (13,8%) сменили работу на более легкую. Средний период их нетрудоспособности составил 26,3 дня.

При оценке эстетических результатов оперативного лечения мы проводили опрос и осмотр больных обеих групп. Хороший результат в основной группе был достигнут у 33 (89,2%) больных, удовлетворительные у 2 (5,4%), рецидив грыжи не выявлен. У 2 (5,4%) пациентов проследить отдаленные результаты лечения не удалось, в связи с тем что, пациентами не удалось связаться. В контрольной группе хорошие отдаленные результаты получены у 41 (82%) больных, удовлетворительные у 3 (6%), рецидив грыжи не выявлен. У 6 (12%) пациентов проследить отдаленные результаты лечения не удалось, в связи с тем что, 1 (2%) пациентка умерла по причинам не связанным с протезирующей герниопластикой, а с 5 (10%) пациентами не удалось связаться.

При оценке эстетических результатов оперативного лечения мы проводили опрос и осмотр больных основной группы, где получены хорошие (33 – 89,2%) и удовлетворительные (2 – 5,4%) результаты. Таким образом, герниопластика с иссечением кожно-жирового фартука у больных с гигантскими послеоперационными грыжами передней брюшной стенки и выраженным кож-

но-жировым фартуком позволяет, как правило, избежать рецидива заболевания и получить удовлетворительный косметический эффект. Разработанная нами методика грыжесечения — аллопластика, дополненная абдоминопластикой, обладает большими преимуществами перед традиционной герниопластикой, дает возможность снизить количество осложнений, рецидивов и удовлетворяет эстетические потребности пациентов, уменьшает продолжительность медицинской и социальной реабилитации, что имеет большое значение в условиях дефицитного финансирования практического здравоохранения.

## ВЫВОДЫ

1. Послеоперационные грыжи больших и средних размеров являются прямым показанием к аллопластике.

2. Выбор абдоминопластики зависит от формы живота и индивидуален:

- классическая – при округлой и цилиндрической форме живота;
- напряженно-боковая применяется при грушевидной форме живота;
- вертикальная – при куполообразной форме живота.

3. У больных с отвислым животом хороший результат после абдоминопластики и грыжесечения получены у 33(89,2%), удовлетворительные у 2(5,4%), рецидив грыжи не выявлен, а в контрольной группе хорошие результаты у 41(82%) больных, удовлетворительные у 3(6%), рецидива грыжи также не было.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При обширных и гигантских вентральных грыжах, вызывающих изменения внутрибрюшного давления и атрофию соединительной ткани, пластика передней брюшной стенки должна осуществляться при помощи сетчатых полипропиленовых протезов. Для профилактики возникновения местных осложнений сетчатый полипропиленовый протез следует фиксировать монофиламентной нерассасывающейся нитью.

2. При невозможности полного сведения мышечно-апоневротических краёв грыжевых ворот сетчатый полипропиленовый протез следует фиксировать надaponевротически, при этом внутренние органы необходимо изолировать от протеза с помощью грыжевого мешка или большого сальника.

3. Основными условиями успеха протезирующей герниопластики являются: дренирование послеоперационной раны, ношение компрессионного бандажа и проведение антибиотикопрофилактики.

### *Список использованной литературы*

1. *Адамян А. А., Величенко Р. Э., Гогия Б. Ш.* // *Анналы пласт., реконстр. и эстет. хир.* — 1999. — № 1. — С. 57—66.
2. *Альджафари М. Вин М. А.-М.* Причины образования п/о вентральных грыж. Предоперационная подготовка и хирургическое лечение / Под ред. М. Бип М. А.-М. Альджафари, 10. В. Егорова, А. С. Кириленко. — М., 1995.
3. *Аталиев А.Е., Мадаминов Р.М., Шукуров А.А., Шатемиров В.Х.* с соавт. Липэктомия, грыжесечение и абдоминопластика – один из явных компонентов улучшения качества жизни больного. «Актуальные проблемы пластической хирургии». Центрально-Азиатская Конференция по пластической хирургии. – Ташкент, 29-30 май, 2008. - Сборник тезисов, стр. 183-185.
4. *Багирова А. Р.* // *Хирургия.* - 2003. - № 1. - С. 64-66.
5. *Белоногов Л. И., Малахов С. Ф., Мососян С. С.* История, перспективы и современные возможности липосакции: Сборник статей НПО врачей-косметологов Санкт-Петербурга. СПб., 2001. - Вып. 2. - С. 91-93.
6. *Белоусов А. Е.* *Пласт. Реконст. и эстет. хир.* СПб. Гиппократ, 1998; 691- 712 с.
7. *Беляков Н А, Мазуров В.И.* и др. *Ожир: Руков. для врачей.* -СПб, 2003. - 519 с.
8. *Беюл Е. А., Попова Ю. П.* // *Тер. архив.* - 1984. - Т. 1. -С. 106-109.
9. *Беюл Е.А., Оленева В.А., Шатерников В.А.* *Ожирение.*-М., 1986.
10. *Беюл Е.А., Попова Ю.П.* // *Клин.мед.* – 1990., № 8. С. 106-110.
11. *Богданович В. Л.* Дискуссионные вопросы этиологии, патогенеза, классификации и терапии ожирения // *Нейрогуморально-метаболическая регуляция и дисрегуляция внутренних органов.* - Горький, 1980. — С. 68—69.
12. *Бондарев Г.И., Виссарионова В.Я.* // *Вопр. питания.* – 1991. - № 1. С. 18-19.
13. *Бутрова С. А.* // *Рос. мед. журн.* - 2001. - Т. 2, № 9. С. 56-60.
14. *Васильев С. А.* Опыт применения абдоминопластики по эстетическим и медицинским показаниям // *Актуальные вопросы современной эстетической*

- хирургии: Тез. докл. симп.-СПб., 1995.-С. 5-6.
15. *Величенко Р. Э.* // *Анналы пластич., реконстр. и эстетич. хир.* - 1998. - № 3. - С. 117-1 IS.
16. *Величенко Р. Э.* Хирургическая коррекция деформаций контуров передней брюшной стенки: Автореф. дне. ... канд. мед. наук. — М., 1999.
17. *Величенко Р.Э., Гогия Б.Ш.* Сочетанные операции на передней брюшной стенке у больных с ожирением и обширными вентральными грыжами. *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии* 1998; 3: 117—118.
18. *Веселков В.Г., Виссарионов В.А.* Перспективы использования элементов косметической абдоминопластики при оперативном лечении вентральных грыж. *Вестн хир* 1989; 8: 105—106.
19. *Виноградов В.В., Василевский А.И., Лебедев Н.Е.* Выключение части тонкой кишки как способ лечения больных ожирением.-*Вест.хир.*, 1970, № 7, с. 103-104.
20. *Данишук И.В.* Что лучше для пациента: отличный результат коррекции фигуры на фоне обширного рубца или хороший результат с минимальным рубцом? Сборник материалов третьего Международного конгресса по пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. М 2002; 55—56.
21. *Дедов И. И., Мельниченко Г. А.* Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты. - М.: Медицинское информационное агентство, 2004. - 456 с.
22. *Дедов И. И., Романова М. М., Марков В. Е., Кузин И. М.* // *Клин. мед.* - 1988. - Т. 3. - С. 74-78.
23. *Дерюгина М. С.* Хирургия вентральных грыж и диастазов прямых мышц живота: Автореф. ... д-ра мед. наук. - Томск, 1994.- 18 с.
24. *Егиев В. #., Рудакова М. И., Белков Д. С.* Выполнение-рест-риктивных вмешательств на желудке у больных с различной степенью выраженности

- алиментарно-конституционального ожирения // Материалы 3-го Российского симпозиума «Хирургическое лечение ожирения и сопутствующих метаболических нарушений». — СПб., 2004. -С. 13-14.
25. *Егоров М. Н., Левицкий Л. М.* Ожирение. — М.: Медицина, 1964.-С. 307.
26. *Еремеев С.В.* Пластическая и эстетическая хирургия живота. Современные подходы к разработке эффективных перевязочных средств, шовных материалов и полимерных имплантантов. Сб. материалов III Межд. конфер. М 1998; 276—278.
27. *Жандо С. И* Эстет, мед. - 2002. - Т. 1, № 5. - С. 390-396.
28. *Зайтиндинов Ф. А.* Управляемая ГПП в хирургическом лечении больных с алиментарно-конституционным ожирением: Дне. ... канд. мед. наук. — М., 2000. - С. 4—10.
29. *Ивлева А. И., Старостина Е. Г.* Ожирение — проблема медицинская, а не косметическая. — М., 2002. — 176 с.
30. *Корепанов В. И.* Липосакция, липоскульптура и абдоминопластика. Методический практикум. — М.: Тип. МЭИ, 1996.- 125 с.
31. *Кузин И.М., Леонтьева М.С., Гузнов И.Г.* // Хирургия.1999. - №2.-С. 14-17.
32. *Кузин Н. М.* Хирургические болезни: Учебник / Под ред. М. И. Кузина.- 2002.-С. 771-779.
33. *Кузин Н. М., Марков В. К., Романов В. В.* и др. // Хирургия. 1990.-№2.-С. 104-109.
34. *Кузин Н.М., Марков В.К., Романов М.М.* и др.//Хирургия. – 1991. № 10. с. 64-69.
35. *Кутушев Ф.Х., Либов А.С., Соринов А.Н.* Операция выключения части тонкой кишки при ожирении.-Вест.хир., 1977, № 4, с. 48-52.
36. *Л.В.Лебедев, Ю.И.Седлецкий, Я.В.Благосклонная, В.И.Хныкина, В.С.Щелкунов, В.М.Корюкин, М.И.Кудряшова и С.М.Черный.* Хирургическое лечение ожирения крайней степени методом еюноилеошунтирования.

37. Лаврик А. С, Саенко В. СР., Тывончук А. С, Стеценко А. П. Выбор метода оперативного вмешательства при морбидном ожирении: Материалы 2-го Российского симпозиума «Хирургическое лечение ожирения и сопутствующих метаболических нарушений». Железноводск, 2002. — С. 10—11.
38. Лаврик А. С, Саенко В. Ф., Тывончук А. С, Стеценко А. П. Стандарты бариатрической хирургии: Материалы 2-го Российского симпозиума «Хирургическое лечение ожирения и сопутствующих метаболических нарушений». — Железноводск, 2002. - С. 9-10.
39. Лобанова С.Н. К вопросу косметической абдоминопластики. Сборник научных трудов ММСИ и МНИИ косметологии МЗ РСФСР. М 1985; 115-117.
40. Луцевич О. Э., Яшков Ю.И., Гордеев С. А., Прохоров Ю. А.  
Лапароскопическая операция билиопанкреатического шунтирования (операция Scopinaro) для лечения морбидного ожирения: Тезисы доклада на VII Всероссийском съезде по эндоскопической хирургии (Москва) // Эндоскоп, хир. Приложение. — 2003. - С. 94.
41. Маздин О. А. Социально-медицинские аспекты нервно-психических расстройств у больных с заболеваниями органов пищеварения // Психовегетативные аспекты внутренней патологии. — Тверь, 1992. - С. 91—94.
42. Матвеев В.И., Радбиль О.С. Хирургическое лечение тяжелых форм ожирения(обзор литературы).-Экспресс-информация, 1978, разд. IV, № 5, с. 1-32.
43. Метрик А. С, Саенко В. Ф., Тывончук А. С. и др. Стандарты в бариатрической хирургии // Материалы 2-го Российского симпозиума. — Железноводск, 2002.
44. Миширонин В. К. II Пробл. соц. гиг. и истор. мед. — 1996. -Т. 4.-С. 14-17.
45. Николаев Е. В. Комбинированный метод хирургического лечения экзогенно-конституционального ожирения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Хаба-

- ровск, 1997. — 16 с.
46. Нудельман СВ., Голубков Н.А., Попов В.А., Иванов А.В. Особенности комплексного лечения при липосакции. *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии* 1998; 2: 34-42.
47. Ожирение. Метаболический синдром. Сахарный диабет II типа/Под ред. И. И. Дедова. - М., 2000. -111с.
48. Павлюченко Л.Л. Эстетическая хирургия. Опыт обобщения очевидного и невероятного. *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии* 1997; 1; 14—20.
49. Пухов А. Г., Медведев А. А., Вырупаев С. В. и др. // *Анналы пласт, реконстр. и эстет, хир.* — 2004. — № 4. — С. 131-132.
50. Романцева Т. И., Ветшев П. С, Мельниченко Г. А. и др. // *Ожирение и метаболизм.* — 2004. — № 1. — С. 24—25.
51. Сазонов А.М., Калинин А.П., Богатырев О.П. Хирургическое лечение некорректируемого ожирения.-*Сов.мед.*, 1973, № 6, с. 60-63.
52. Старостина Е. Г. Представления об ожирении у врачей и потенциальных пациентов// *Материалы 2-го Российского симпозиума.* — Железноводск, 2002.
53. Сулаберидзе Е. В. // *Рос. мед. журн.* - 1996. -Т. 6. - С. 9-11.
54. Сурков Н.А., Виссарионов В.А., Кирпичев А.Г. и др. Комплексная оценка анатомо-функциональных особенностей передней брюшной стенки при выборе оптимального объема корректирующих операций. *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии* 2000; 4: 40—48.
55. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи брюшной стенки// II издание.-М.: Медицина. -1990.
56. Усманов И.У., Курбанов У.А., Джанобилова СМ. Абдоминопластика у женщин. Сборник материалов третьего Международного конгресса по пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. М 2002; 155—

156.

57. Федоров Ю.Ю., Виссарионов В.А. Комплексная оценка медико-социальной эффективности эстетической абдоминопластики. *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии* 2000; 1:44-51.
58. Хамдамов Х.Х., Худайкулов М.Ю., Худояров С.И. и др. Пластика брюшной стенки при множественных вентральных грыжах и отвислым животе. *Мед журн Узбекистана* 1990; 3: 50—51.
59. Хиневич СМ. Случаи некроза кожи после классической аспирационной липопластики. *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии* 1998; 4: 66—70.
60. Хиневич СМ. Контролируемая аспирационная липопластика. *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии* 1999; 2: 11-18.
61. Хирургическое лечение ожирения и сопутствующих метаболических нарушений. Материалы третьего Российского симпозиума с участием иностранных специалистов / Под ред. Ю. И. Яшкова, Ю. И. Седлецкого. - СПб, 2004. - 54 с.
62. Хорошева Г. А., Мельниченко Г. А., Роик О. В. Современные аспекты лекарственной терапии ожирения // Материалы научно-практической конференции. — М., 2003.
63. Чернышев В.Н. Лечение ожирения путем частичного выключения тонкой кишки.-*Вест.хир.*, 1972, № 11, с. 137.
64. Швед И.В., Кривошеев В.И. Пластика передней стенки живота при ее отвисании. В кн.; *Врачебная косметология: Материалы научно-практической конференции.* Л 1980; 159—166:
65. Щеглова Ю. В., Белоногов Л. П., Малахов С. Ф. // *Вести, хир. им. И. И. Грекова.* - 2004. - Т. 163, № 5. - С. 86-88.
66. Ю.И. Яшков, В.А. Оленева, Ю.И. Попова, Т.А. Оппель, А.А. Мовчун, А.Д. Тимошин. Особенности питания больных, перенесших хирургическую-

- коррекцию ожирения с применением вертикальной гастропластики.-*Ann. Хир.*, № 4, 1999, с. 62-69.
67. *Яшков Ю. И.* Гастрошунтирование и билиопанкреатическое шунтирование — первые наблюдения и результаты // *Материалы 3-го Российского симпозиума «Хирургическое лечение ожирения и сопутствующих метаболических нарушений»*. - СПб., 2004. - С. 53-54.
68. *Яшков Ю. И.* Ожирение. Современные подходы к терапии // *Материалы семинара «Хирургическое лечение морбидного ожирения»*. — М., 2000.
69. *Яшков Ю. И.* Результаты вертикальной гастропластики в сроки наблюдения от 5 до 10 лет. Вторая Всеукраинская на учебнопрактическая конференция «Хирургическое лечение ожирения и сопутствующих метаболических нарушений». Львов (Украина) // *Acta medica leopoliensia*. — 2003. — Vol. 9(Suppl. II).- P. 68.
70. *Яшков Ю. И., Оппель Т. А.* // *Анналы РНЦХ РАМН*. - Выпуск 2001. - С. 49-56.
71. *Яшков Ю. И., Оппель Т. А., Тимошин А. Д., Мовчун А. А.* // *Анналы хир.* - 1997. - № 4. - С. 51-55.
72. *Яшков Ю. И., Оппель Т. А., Черноусов А. Ф.* и др. // *Хирургия*. - 1996.-№ 2. - С. 35-38.
73. *Яшков Ю.И.* *Врач*. - 2000. - № 6. - С. 25-27.
74. *Яшков Ю.И., Оппель Т.А., Тимошин А.Д.* и др.//*Хирургия*. – 1998. № 6. с. 72-76.
75. *Abdel-Galil E., Sabiy A. A.* // *Obes. Surg.* - 2002. - Vol. 12, № 5. - P. 639-642.
76. *Anthone G. J., Lord R. K, DeMeester T. R.* // *Ann. Surg.* - 2003. -Vol. 238.-P. 618-627.
77. *Arcila D., Velazquez D., Gamino R.* et al. // *Obes. Surg.* - 2002. -Vol. 12, №5.- P. 661-665.

78. *Baltasar A. et al. // Obes. Surg. - 2001. - Vol. 11.- P. 54-58.*
79. *Bessler M., Baud A., DiGiorgi M. F. et al. // Obes. Surg. - 2005.- Vol. 15. - P. 1443-1448.*
80. *Braky S. C, Nguyen N. T., Wolfe B. M. // Obes. Surg. - 2002.-Vol. 12, № 3,- P. 404-407.*
81. *Bray G. A. Contemporary Diagnosis and Management of Obesity.-1998.-289 p.*
82. *Buchwald H. // Obcs. Surg. - 2002. - Vol. 12. - P. 733-746.*
83. *Buchwald H. Bariatric surgery for morbid obesity: Health implications for patients, health professionals, and third-party payers // Surgery for obesity and related diseases (SOARD). — 2005. -Vol. 1.- P. 371-381. Buchwald H., Williams S. E. // Obes. Surg. - 2004. - Vol. 14.- P. 1157-1164.*
84. *Buchwald H., Williams S. E. // Ibid. - 2004. - Vol. 14. -P. 1157-1164.*
85. *Champion J. K., Williams M. // Obes. Surg. - 2003. - Vol. 13, № 4. - P. 596-600.*
86. *Choban P. S., Flancbaum L. // Ibid. - 2002. - Vol. 12, № 4.P. 540-545.*
87. *Cowan G. S. M., Wallace R. D., Marx A. P., Hiler M. L. Plastic surgery after loss of massive excess weight // Surgery for the morbidly obese patient / Ed. M. Deitel. — Toronto, Canada, 2000. - P. 503-520.*
88. *Dorina Canito, Branka Skorjanec // Ibid. — 2002. — Vol. 12. -P. 666-671.*
89. *Greve J. W. M., Furbelta F, Lesti G. et al. // Obes. Surg. - 2004.-Vol. 14. - P. 683-689.*
90. *Hamid Massiha. Method of reconstructing a natural-looking umbilicus in abdominoplasty. Ann Plast Surg 1997; 38: 228—231.*
91. *Hell E., Miller K. A., Moore/wad M. K. et al. // Obcs. Surg.2000. - Vol. 10. - P. 214-219.*
92. *Hess D. S, Hess D. W. // Ibid. - 2005. - Vol. 15. - P. 408-416.*
93. *Higa K. D., Boone K. B., Ho T. // Obes.Surg.-2000.-Vol. 10.-P. 509-513.*
94. *Hiroshi Shinohara. Umbilical Reconstruction with an inverted C—V Flap. Plast Reconstr Surg 2000; 105: 2: 703-706.*
95. *Jones K. B. // Obes. Surg. - 2000. - Vol. 10, № 2. - P. 183-185.*

96. *Kenneth C, Shcslak M. D.* Marriage abdominoplasty expands the mini-abdominoplasty cocept. *Plast Reconstr Surg* 1999; 103:3: 1032—1035.
97. *MacLcan L. D., Rhode B. M., Nohr C W.* // *Ann. Surg.* - 2000. -Vol. 231.- P. 524-528.
98. *Matarasso A.* Liposuction as an adjunct to a full abdominoplasty revisited. *Plast Reconstr Surg* 2000; 105: 3: 1203-1205.
99. *Mehran A., Szomstein S., Zundel N., Rosenthal R.* // *Obes. Surg.* 2003. - Vol. 13, № 6. - P. 842-847.
100. *Michael J., Lee M.D., Thomas A., Mustoe M.D.* Simplefied technique for creating a youthful umbilicus in abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg* 2002: 109:6:2136-2140.
101. *Mokdada H., Bowman B. A., Ford E. S.* et al. // *JAMA.* - 2001. -Vol. 286. - P. 1195-1200.
102. National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute. Clinical guidelines on the identification, evaluation. and treatment of overweight and obesity in adults: the evidence report. - Bethesda, MD: National Institutes of Health. - 1998. NIH Publication № 98-4083.
103. *Nguyen N. T., Wolfe B. M.* // *Obes.* - 2000. - Vol. 10, № 1.P. 64-67.
104. *Pascal J.F., Le Louam C.* Remodeling bodylift with high lateral tension. *Aesth Plast Surg* 2002; 26: 223—30. 180.
105. *Paul E., O'Brien.* Invited commentary // *Obcs. Surg.* — 2002. -Vol. 12. - P. 747-748.
106. *Pope G D., Goodney P. P., Burchard K. W.* et al. // *Obes. Surg.*-2002. - Vol. 12, № 1. - P. 30-33.
107. *Pories W.* Remission of type 2 diabetes mellitus following the gastric bypass operation: Timing and magnitude of weight loss. *Progress in obesity research / Eds B. Guy-Grand, G. Ailhaud // 8-th International Congress on Obesity . - 1999, Lohn Libbev& Company Ltd. - P. 511-516.*
108. *Rabkin R.* // *Obes. Surg.* - 2004. - Vol. 14. - P. S61-865.

109. *Robrecht H. G. G, Van Hee* // World J. Surg. - 2004. - Vol. 28.P. 435-44.
110. *Rutledge R., Walsh I. R.* // Obes. Surg. - 2005. - Vol. 15.-P. 1304-1308.
111. *Saboerio A.P., Nahai P., Codner M.A.* Endoscopic abdominoplasty. Presrect Plast Surg 1999; 12: 7: 208.
112. *Sapala J. A., Wood M. H., Schuhknecht M. P.* // Obes. Surg.-2004. - Vol. 14, № 5. - P. 575-576.
113. *Scopinaro N.* Invited-commentary // Obes. Surg. — 2002. -Vol. 12. - P. 748-749.
114. *Scopinaro N., Adami G. F., Marinari D. M.* et al. // World J. Sure.-1998. - Vol. 22. - P. 936-946.
115. *Scopinaro N., Gianetta E., Adami G. F.* et al. // Surgery. — 1996. -Vol. 119, № 3. - P. 261-268.
116. *Suler M., Bettsehart V., Ginsli V., HeraiefJ. A.* // Sura. Endosc.-2000. - Vol. 14. - P. 263-269.
117. *Victoria L. Vastine.* Wound complications of abdominoplasty in obese patients. Ann Plast Surg 1999; 42: 1: 34-39.
118. *Westling A., Gus/avsson S.* // Ibid. - 2001. - Vol. 11, № 3.P. 284-292.
119. *Wittgrove A. C, Clark G W.* 11 Ibid. - 2000. - Vol. 10.P. 233-239.
120. *Wittgrove A. C, Clark G. W.* 11 Ibid. - 2000. - Vol. 10, № 4.P. 376-377.
121. *Wittgrove A. C, Clark G. W.* 11 Obes. Surg. - 2000. - Vol. 10.P. 233-239.
122. *Wolf A. M., Falcone A. R., Kortner B.* et al. //Obes. Surg. - 2000. -Vol. 10. - P. 445-450.
123. *Wood M. H., Sapala J. A., Sapala M. A.* et al. // Obes. Sura.-2000. - Vol. 10. - P. 413-419.
124. *Woodward B. G.* A Complete Guide to Obesity Surgery: everything you need to know about weight loss surgery and how to succeed. — Victoria, B.C.: Trafford, 2001.