

## ОПЕРАЦІЙНЕ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ГРИЖ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ У ХВОРИХ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА

**Б.П. Лисенко, О.В. Стороженко**

*Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава*

Значна кількість пацієнтів із післяопераційними грижами черевної стінки (ПОГЧС) великих розмірів хворіють на ожиріння (48-78%). Впровадження нових хірургічних технологій, успіхи анестезіології та реаніматології за останні роки суттєво розширили можливість виконання складніших операційних втручань у осіб з надмірною масою тіла. Корекція косметичних дефектів передньої черевної стінки у хворих з ПОГЧС, що поєднується з ожирінням, нині набула не тільки велике естетичне, але й соціально-економічне значення.

Ми проаналізували досвід лікування 113 пацієнтів з ПОГЧС та супровідним ожирінням у хірургічних клініках міста Полтави протягом 1995-2002 років. Серед хворих превалювали жінки – 111 (98,2%); чоловіків – 2 (1,8%). Усі хворі мали ожиріння різного ступеня вираженості. У більшості хворих встановлене аліментарно-конституційне ожиріння. Маса тіла становила від 90 до 160 кг, у середньому ( $112 \pm 4,5$  кг), індекс маси тіла – від 29,8 до 58,4 кг/м<sup>2</sup>. Майже всі хворі були з гіпогастральною, та значна – з мезогастральною локалізацією грижових воріт, мали підвищене відкладення жирової клітковини у нижній частині живота, що мало форму „вісячого фартуха” або т.зв. „відвислого живота”. У 106 (93,8%) хворих із ПОГЧС та наявністю „відвислого живота” значних розмірів поряд із грижорозтином виконували абдомінопластику з дерматоліптектомією передньої черевної стінки із розширеного операційного доступу за Фернадесом та Берсоном. Лінію майбутнього розрізу позначали перед операцією у лежачій позиції хворого, так щоб вона проходила на 2 см вище та паралельно до пахових складок, потім на 3-4 см вище лобкової складки та на 2-3 см латеральніше від гребнів здухвинних кісток. Пальцями визначали надмірну шкірно-жирову тканину з обох боків від гребнів здухвинних кісток до початку формування шкірно-жирової складки та можливість зшивання тканин без натягу. Потім остаточно визначали величину розрізу у стоячій позиції хворого, коли шкірно-жирові тканини передньої черевної стін-

ки опущені під дією сили тяжіння. У 101 хворого (89,4%) із мезо- та гіпогастральною локалізацією грижових воріт використано розріз за Фернадесом та у 5 хворих (4, 4%) із низькою гіпогастральною (надлобковою) локалізацією грижових воріт – за Берсоном, що по суті є модифікованим доступом за Фернадесом. Особливістю його є наявність V-подібного розрізу довжиною 4-5 см у нижній частині по середній лінії, гострий кут якого починається відразу над лоном. Однак часто, незважаючи на всі попередні вимірювання (з огляду на індивідуальну мобільність підшкірної основи) величини майбутніх розрізів, нижній край рани виявляється довшим, а при зшиванні різних за довжиною країв рани на довшому завжди утворюється „надмірна” шкіра. Тому з метою усунення цих недоліків у 25 (22,1%) таких хворих, на відміну від стандартного способу Берсона, ми виконували 2 V-подібні розрізи на нижньому краю рани, симетрично з обох боків від середньої лінії. Використання опрацьованого методу дозволило досягнути не тільки максимального естетичного ефекту (завдяки кращому зіставленню тканин), але й значно зменшити вірогідність місцевих післяопераційних ускладнень. У 7 (6,2%) хворих без наявності значних розмірів „відвислого живота” та із середньою мезогастральною локалізацією грижі намагалися використати доступ, найбільше зручний для виконання обох втручань. Вид герніопластики вибирали диференційовано зважаючи на розміри грижового випинання та ступеня змін тканин черевної стінки. Пластику грижових воріт у 104 (92,0%) хворих в основному виконували, використовуючи як пластичний матеріал, власні біологічно сумісні тканини пацієнта, у 9 (8,0%) хворих великий розмір грижових воріт, атрофія м'язів примусили нас виконати автодермальну пластику за Яновим.

Поєднання герніопластики з елементами косметичної абдомінопластики забезпечує низка переваг: 1) широкий операційний доступ до всіх відділів передньої черевної стінки, що дозволяє виконати оптимальну ревізію апоневрозу; 2) ізоляція грижових воріт від шкіри рани на всій довжині, що зменшує ризик вторинного інфікування;

3) повне видалення надмірного шкірно-жирового клаптя; 4) запобігання виникненню рецидивів видаленням „вісячого фартуха”, який є важливим етіопатогенетичним чинником розвитку грижі; 5) для автодермопластики використовується повноцінна незмінна шкіра з видаленої надмірної шкірно-жирової тканини; 6) певною мірою соціальну реабілітацію цієї категорії хворих; 7) значний косметичний ефект.

Загоєння ран після великих за обсягом операцій із видаленням шкірно-жирового клаптя на значній ділянці містить ризик розвитку в ранньому післяопераційному періоді місцевих ускладнень: серома виявлена у 3 (2,6%) хворих, гематома піс-

ляопераційної рани у 3 (2,6%), нагноєння рани – 2 (1,8%), частковий некроз краю шкіри у 2 (1,8%).

Результати спостережень протягом 5 років свідчать про високу ефективність запропонованого методу лікування цієї категорії хворих. Практично усі хворі задоволені результатами операцій, які позбавили їх від фізичного та психологічного дискомфорту та повернули до повноцінного життя.

Таким чином, результати дослідження свідчать про доцільність виконання абдомінопластики з дерматоліптектомією під час корекції грижі живота та дозволяють рекомендувати ці операції до ширшого застосування у хірургії.