 Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ**

**НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

**Яцишин Ігор Вікторович**

**УДК: 617.55-077.43: 616-056.52**

**ОБҐРУНТУВАННЯ МЕТОДІВ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ЕСТЕТИЧНИХ ДЕФЕКТІВ ТА ДЕФОРМАЦІЙ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ**

**14.01.03 – хірургія**

**Автореферат**

**дисертації на здобуття наукового ступеня**

**кандидата медичних наук**

**Київ – 2009**

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана на кафедрі хірургічних хвороб Медичного інституту Української асоціації народної медицини.

**Науковий керівник:**

доктор медичних наук, професор **Лисайчук Юрій Сергійович**

Медичний інститут Української асоціації народної медицини

професор кафедри хірургічних хвороб, лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки.

**Офіційні опоненти:**

доктор медичних наук, професор **Тутченко Микола Іванович** Національний медичний університет імені О. О. Богомольця МОЗ України кафедра хірургії стоматологічного факультету, завідувач;

доктор медичних наук, професор **Паламарчук Володимир Іванович** Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика МОЗ України, кафедра хірургії та судинної хірургії, завідувач.

Захист відбудеться “\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2009 р. о \_\_\_\_\_ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.003.03 при Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця МОЗ України за адресою 01030, м. Київ-30, бульвар Т. Шевченка 17.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Національного медичного університета імені О.О. Богомольця МОЗ України за адресою: 03057, м. Київ-057, вул Зоологічна 1.

Автореферат розісланий “\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2009 р.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради Д 26.003.03

кандидат медичних наук, доцент Я.М. Вітовський

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність теми.** В останні роки зацікавленість до пластичної хірургії, в тому числі до реконструктивних операцій на передній черевній стінці значно виріс (Галич С. П. та співавт., 2008; Колесніков Е. Б. та співавт., 2008; Мішалов В. Г. та співавт.; 2008, Якунін М. В. та співав., 2008).

Актуальність проблеми підтверджується ростом кількості пацієнтів з бажанням усунення естетичних дефектів та деформацій передньої черевної стінки та супутніх функціональних порушень. Ці порушення пов’язані з локальним накопиченням жирової тканини, загальним ожирінням, патологією хребта, гіподинамією та зростаючою кількістю невідкладних та планових операцій на органах черевної порожнини та тазу.

Варто відмітити, що і в загальній хірургії при операціях на органах черевної порожнини та при пластиці гриж з’явилась зацікавленість до використання окремих технічних елементів з естетичної хірургії в зв’язку з підвищенням вимог хворих до свого зовнішнього вигляду і більш високими вимогами до якості будь-якої операції (D. Panfilov, 2003; Е. Лакутин, 2006).

Результати оперативних втручань при дефектах та деформаціях передньої черевної стінки часто бажають бути кращими в зв’язку з помилками у виборі оптимального методу хірургічного втручання а також із за розвитку різноманітних післяопераційних ускладнень частота яких, за даними авторів, коливається в межах 27,5 % – 30,8 % (Черенько М. П., 1989; Мамчич В. І., 1995; Адамян А. А., 1998; Мішалов В. Г., 2001; Величко Р. Е., 2002; Regnault P., 1984; Daniel R. K., 1984; Grazer F. M., 1985).

Сьогодні основним показанням до абдомінопластики переважна більшість хірургів вважає наявність змін передньої стінки живота естетичного характеру. Ці зміни характеризуються не тільки формою, величиною та конфігурацією живота, але часто являються причиною виникнення функціональних порушень зі сторони різних органів та систем організму.

Проаналізувавши спеціальну літературу з хірургії передньої черевної стінки встановлено, що не повністю висвітлені критерії діагностичних досліджень для встановлення анатомо-функціональних та естетичних характеристик дефектів та деформацій ПЧС, не достатньо обґрунтовані показання для усунення різних видів її дефектів та деформацій.

**Зв’язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційна робота виконана у відповідності з планом науково-дослідних робіт МІ УАНМ і є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри хірургічних хвороб МІ УАНМ “Вивчити морфо-функціональний стан тканин та дослідити можливості застосування сучасних технологій при відновних операціях у хворих з поєднаною хірургічною патологією”. Державний реєстраційний № 0104U006047

# Мета і задачі дослідження. **Основною метою дослідження є покращення результатів хірургічної корекції дефектів та деформацій передньої черевної стінки за рахунок комплексної оцінки її стану та створення системи міроприємств направлених на оптимізацію тактики та техніки операції.**

Відповідно до мети нами були поставлені та вирішені наступні задачі:

1. Вивчити сучасний стан реконструктивно-відновної хірургії дефектів та деформацій передньої черевної стінки.
2. Розробити діагностичний алгоритм та систематизувати клінічні прояви дефектів та деформацій передньої черевної стінки
3. Розробити систему показань для усунення різних видів деформацій передньої черевної стінки.
4. Удосконалити існуючі та впровадити нові методи хірургічної корекції дефектів та деформацій передньої черевної стінки.
5. Вивчити причини різних видів ускладнень при виконанні абдомінопластики, та запропонувати ефективні методи їх профілактики та усунення.
6. Дати оцінку результатам хірургічного лікування дефектів та деформацій передньої черевної стінки. На основі отриманих результатів сформулювати практичні рекомендації.

**Об’єкт дослідження** – естетичні і функціональні дефекти та деформації передньої черевної стінки..

**Предмет дослідження** – методи діагностики та хірургічного лікування естетичних дефектів та деформацій передньої черевної стінки шляхом вдосконалення передопераційної підготовки, хірургічної техніки, розробки нових методів оперативних втручань, вдосконалення методів ведення післяопераційного періоду та реабілітації хворих.

**Методи дослідження** – загальноклінічні, лабораторні, інструментальні (ультразвукова доплерографія, полярографія газів крові, реєстрація внутрішньочеревного тиску, програмований електровплив на тканини ПЧС, морфологічні, статистичні.

**Наукова новизна отриманих результатів.**

-Вивчено та систематизовано індивідуальні особливості різних видів естетичних деформацій та дефектів передньої черевної стінки;

- Запропоновано алгоритм планування та виконання абдомінопластики;

- Вивчено на неконсервованих трупах, особливості ангіоархітектоніки та інервації передньої черевної стінки

- За допомогою ультразвукової доплерографії вивчили кровообіг в магістральних та перфорантних судинах на різних групах пацієнтів та хворих.

- Вивчено зміни внутрішньочеревного тиску при виконанні основних етапів абдомінопластики, такий моніторинг дозволив запобігти розвиток внутрішньочеревної гіпертензії.

- Вперше запропоновано метод контролю за станом мікроциркуляції в м’яких тканинах ПЧС в післяопераційному періоді за допомогою полярографічного визначення напруги кисню в крові капілярів шкіри.

- Встановлено вплив непрямої електростимуляції на мікроциркуляцію тканин передньої черевної стінки і впроваджено її застосування з метою профілактики ішемічних пошкоджень.

- Вперше запропоновано комплексний підхід до хірургічного лікування естетичних дефектів та деформацій ПЧС. На підставі оцінки даних візуальних спостережень, фотореєстрації та анкетування вивчені ранні та віддалені результати клінічної та медичної ефективності естетичної абдомінопластики.

**Практичне значення отриманих результатів.** Створено алгоритм оперативних втручань в залежності від клініко-анатомічних проявів естетичного дефекту чи деформації передньої черевної стінки. Розроблені конкретні рекомендації щодо ведення післяопераційного періоду, для профілактики ускладнень. Це дало змогу зменшити кількість післяопераційних ускладнень до 8,7 %, та отримати добрі та задовільні результати у віддаленому періоді в 95,18 %. Матеріали дисертації використовуються у навчальному процесі під час лекцій та практичних занять на кафедрі хірургічних хвороб МІ УАНМ. Практичні рекомендації використовуються у роботі хірургічних відділень КМКЛ № 1, 10, вузлової лікарні № 1 станції Дарниця.

**Особистий внесок здобувача.** Дисертантом проведений аналіз даних літератури за темою дисертації, обґрунтована її актуальність, сформульовані мета і задачі дослідження, самостійно проведені аналіз і статистична обробка отриманих результатів, сформульовані основні положення та висновки дисертаційної роботи, підготовлені публікації за темою дисертації. Дисертант безпосередньо брав участь та самостійно виконав операції пластики передньої черевної стінки. Наукові положення і результати дисертації розроблені і отримані автором особисто. Самостійно проводив дослідження по визначенню поліграфії газів крові, вимірював внутрішньочеревний тиск, аналізував дані доплерографічних досліджень, проводив програмований електровплив на тканини ПЧС , проводив морфологічні дослідження на неконсервованих трупах. В патенті, розробленому у співавторстві, участь дисертанта полягає у визначенні провідної ідеї, розробці способу, проведенні клінічних досліджень, оформленні патенту.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення та результати дисертаційної роботи були викладені в доповідях на науково–практичних конференціях та з’їздах: першій Українській конференції з міжнародною участю присвяченій ювілею проф. В. Ф. Саєнка “Хірургічне лікування ожиріння ” (Київ 2001 р.), першій науково-практичній конференції “Актуальні питання пластичної, реконструктивної та естетичної хірургії” (Київ, 2002 р.), першій Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю „Нові технології в хірургічному лікуванні гриж живота” (Київ, 2003 р.), Другій конференції з участю закордонних спеціалістів “Хірургічне лікування ожиріння й супутніх метаболічних порушень” (Львів, 2003 р.), першому з’їзді ВАПРЕХ “Актуальні питання пластичної реконструктивної та естетичної хірургії” (Київ, 2004 р.), 2-ій Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю “Хірургічне лікування гриж живота з використанням сучасних пластичних матеріалів” (Алушта, 2004 р.), ІІ науково-практичної конференції ВАПРЕХ, “Пластична хірургія та естетична медицина” (Київ, 2006 р.), ІІІ-ій Всеукраїнській науково-практичній міжнародній конференції “Профілактика ускладнень в пластичній та реконструктивній хірургії” (Київ, 2008 р.), ІІІ-ому з’їзді ВАПРЕХ “Актуальні питання пластичної реконструктивної та естетичної хірургії” (Київ, 2008 р.), науково-практичній міжнародній конференції “Актуальні питання сучасної хірургії” (Київ, 2008 р).

**Публікації за темою дисертації.** За темою дисертації опубліковано 15 робіт. З них 3 – у вигляді статей у фахових журналах, рекомендованих ВАК України,   
9 – у вигляді тез до матеріалів науково-практичних конференцій та з’їздів. Отримано 1 патент України на корисну модель № 33322.

**Обсяг і структура дисертації.** Дисертаційна робота викладена на 185 сторінках друкованого тексту, складається з вступу, 6 розділів, заключення, висновків та практичних рекомендацій. Дисертація ілюстрована 19 таблицями і 59 малюнками. Список використаних джерел містить 256 посилань, у тому числі 124 – кирилицею, 132 – латиною.

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ**

**Матеріали і методи дослідження.** Основу роботи склали узагальнені результати обстеження, передопераційної підготовки та хірургічного лікування пацієнтів з естетичними дефектами та деформаціями передньої черевної стінки із застосуванням методів абдомінопластики в Київській міській клінічній лікарні № 1, яка є базою кафедри хірургічних хвороб медичного інституту УАНМ. За період з 1995 по 2008 роки на хірургічному лікуванні знаходились 293 пацієнта віком від 21 року до 69 ( середній вік 42,8 роки). Всі пацієнти були розділені нами на контрольну та досліджувальну групу. Контрольну групу складали 87 пацієнтів, що були оперовані в період з 1995 по 1998 роки із застосуванням найбільш поширених методів традиційної абдомінопластики. Основну групу склали 206 пацієнтів. Пацієнти цієї групи підлягали оперативному лікуванню за модифікованими та новими комбінованими методами хірургічних втручань розробленими в клініці.

На першому етапі були вивчені безпосередні та віддалені результати абдомінопластики у хворих контрольної групи. Виконаний аналіз дозволив визначити основні причини незадовільних результатів, визначити шляхи покращення результатів лікування, розробити диференційний підхід до вибору найбільш адекватного методу абдомінопластики в залежності від типу естетичного дефекту ПЧС.

На другому етапі було розроблено шляхи адекватної передопераційної підготовки, модифіковані відомі та розроблені нові способи абдомінопластики, оптимізовано ведення післяопераційного періоду і реабілітації хворих на основі хірургічного лікування естетичних дефектів передньої черевної стінки у 206 пацієнтів (основна група).

Для більш повного та методичного обстеження пацієнтів з деформаціями та дефектами ПЧС нами розроблена карта-схема даних пацієнта, яка включала вік пацієнта, стать, вагу, зріст, індекс маси тіла (ІМТ); анамнез розвитку патологічного процесу чи естетичного дефекту; тип будови тіла; ступінь ожиріння; форму хребта: довжина, форма, фізіологічні згини, патологічні зміни; .окружність живота визначали на різних рівнях; стан шкіри та підшкірної жирової клітковини; стан м’язево-апоневротичної системи живота, локалізація послаблень цієї структури, наявність діастазу прямих м’язів ПЧС, наявність грижових дефектів. В залежності від виду змін цих тканин та естетичного дефекту чи деформації ПЧС всі пацієнти розділені на 10 груп, відповідно до яких розроблено алгоритм оперативних втручань.

Із інструментальних спеціальних методів обстеження використовували метод визначення транскутанного рО2 шкіри ПЧС до оперативного втручання та в різні терміни післяопераційного періоду на апараті “ТСМ-400” фірми “Radiometr” (Данія). Методика неінвазивна і дозволяє проводити багаторазові обстеження.

Проведений аналіз з метою виявлення причин що сприяють розвитку хронічної внутрішньочеревної гіпертензії. Ми проаналізували антропометричні показники наших пацієнтів, як: стать, вік пацієнтів, ІМТ, окружність живота, товщина підшкірного жирового шару. Аналіз показав, що найінформативнішими незалежними прогностичними чинниками є ІМТ. Це означає, що чим більший ІМТ, тим ймовірніша наявність хронічної внутрішньочеревної гіпертензії. Моніторинг внутрішньочеревного тиску під час операції проводили шляхом вимірювання тиску в сечовому міхурі.

Ми запропонували використання післяопераційної черезшкірної електростимуляції структур передньої черевної стінки допомогою генератора релаксаційного типу (мультивібратор, серійна модель СНМ2–01, Україна) з амплітудою в 2В та частотою 35 Гц, вважаючи її найбільш фізіологічною та ефективною. На наш погляд виконання електростимуляції зразу після остаточної фіксації шкірно-підшкірного клаптя передньої черевної стінки забезпечує стимуляцію вазодилятаційного нервового механізму, а також упорядковує взаєморозташування міофібріл, внутрішньо-м’язових артерій, артеріол, вен, венул, яке було порушено під час пластики м’язево-апоневротичної системи ПЧС. Методику з черезшкірною програмованою електростимуляцією структур ПЧС застосували у 32 випадках.

Анатомічні дослідження виконували у відділенні патоморфології КМКЛ № 1 на 21 неконсервованому трупі (18 жіночої та 3 чоловічої статі) шляхом препарування під оптичним збільшенням (до х4 крат), наповнення артерій контрастною рідиною (свинцевий сурик зростаючої концентрації) та барвниками (метиленовий синій ,або туш) Результати досліджень фіксували шляхом рентген та фотореєстрації.

Всі ультразвукові дослідження передньої черевної стінки судинної системи виконувались на апараті “Mindray Ms” (Китай) ультразвуковий сканер з кольоровим допплерівським та спектральним допплерівським режимами.

При обстеженні користувалися лінійними датчиками ультразвукового випромінювання з частотою від 7 до 12,0 МГц. При дуплексному скануванні ПЧС вивчали особливості її анатомічної будови, наявність дефектів м’язово-апоневротичного каркасу, товщину та рухливість підшкірної жирової клітковини в різних ділянках живота. Методом ультразвукової доплерографії вивчали кровообіг по магістральних та перфорантних судинах ПЧС, що давало змогу оцінити функціональний стан її кровопостачання. Останнє набуває особливої значення при наявності виконаних раніше оперативних втручань на передній черевній стінці. Цим методом обстежено 65 пацієнтів.

Ефективність лікування оцінювалась у вигляді критеріїв: хороший результат, задовільний результат, незадовільний результат.

Комісія з питань етики медичного інституту УАНМ не заперечує щодо подання матеріалів дисертації до офіційного захисту( протокол №8 від 19.01.09) .

Математична обробка результатів лабораторних обстежень здійснювалась за допомогою пакетів Complex, BMOP (статистика і багатомірний аналіз). В основу обробки було покладено аналіз традиційних статистичних показників: відмінності значень ознак у різних групах, аналіз зв’язку між ознаками. У традиційні статистичні показники входили: середня величина, похибка середнього, дисперсія і асиметрія. Для аналізу відмінностей кількісного значення ознак використовувався критерій Стьюдента. Ознака вважалась достовірною, якщо рівень значення p<0,05.

**Результати дослідження та їх обговорення**

Нами підібрані варіанти оптимальних хірургічних втручань, що базуються на градаціях різних показників стану передньої черевної стінки. 1. Деформація пупка та дряблість шкіри біляпупкової зони – циркулярне видалення зміненої шкіри біля пупкової зони, рефіксація пупка (6 пацієнтів). 2. Локальне накопичення підшкірної жирової клітковини (ПЖК) без дефектів м’язево-апоневротичної структури – ліпосакція відповідних зон (24). 3. Дряблість шкіри з розтяжками в нижніх відділах живота з гіпотрофією підшкірної жирової клітковини – мініабдоміноплластика, ліпоклазія (13). 4. Локальне накопичення ПЖК з вираженою дряблістю шкіри та множинними розтяжками без дефектів м’язево-апоневротичної структури – мініабдомінопластика, ліпосакція (18). 5. Локальне накопичення ПЖК з дефектами м’язево-апоневротичної структури – ліпосакція відповідних зон, мініабдоміноплластика, укріплення м’язево-апоневротичної структури (12). 6. Поєднання слабкості МАС та тотальним накопиченням ПЖК (куполоподібний живіт) – абдомінопластика, пластика, укріплення білої лінії живота та косих м’язів при необхідності (16). 7. Птоз живота з формуванням надлобково-пахової складки у вигляді “фартуха” – дермоліпектомія, при необхідності пластика з напівциркулярного доступу укріплення білої лінії живота та косих м’язів за показаннями”(15). 8. Рубцеві деформації ПЧС обумовлені попередніми операціями та збитковим нерівномірним накопиченням ПЖК – корекція рубців, зменшення їхніх розмірів та кількості, ліпосакції, нетипова абдомінопластика (35). 9. Рубцеві деформації ПЧС обумовлені попередніми операціями та нерівномірним накопиченням ПЖК ускладнені різними видами гриж – корекція рубців, зменшення їхніх розмірів та кількості, ліпосакції, нетипова абдомінопластика з герніопластикою (54).   
10. Анатомо-функціональні та естетичні дефекти ПЧС в поєднанні з хронічною хірургічною патологією органів черевної порожнини – абдомінопластика, дермоліпектомія, хірургічне лікування хронічної хірургічної патології органів черевної порожнини (13) .

Вивчили рівень транскутанного рО2 шкіри передньої черевної стінки, що є об’єктивним показником рівня мікроциркуляції визначели закономірності: початковий рівень рО2 у неоперованих пацієнтів знаходився на цифрах 50,86±1,21 мм. рт. ст., що було критерієм задовільної мікроциркуляції; у бічних областях передньої черевної стінки початковий рівень рО2 декілька вищий ніж в пупковій області (в середньому на 3–4 мм. рт. ст.), що обумовлено особливостями її кровопостачання; у післяопераційному періоді спостерігали різке зниження показників рО2 у межах 9–43 мм. рт. ст., що в середньому становило 25,33±2,50 мм. рт. ст. особливо в центральній зоні клаптя. Це підтверджує те, що клапоть в цій зоні після закінчення пластики випробовує найбільше кисневе голодування. При рО2 менше 15 мм. рт. ст. спостерігається критична ішемія клаптя, що підтверджувалося клінічною картиною розвитку ділянок краєвого некрозу, подовженням термінів післяопераційного лікування.

Інтраопераційний контроль зміни внутрішньочеревного тиску при виконанні основних моментів різних хірургічних втру­чань на ПЧС показав свою актуальність для профілактики розвитку внутрішньочеревної гіпертензії. В роботі ми проводили моніторинг .внутрішньочеревного тиску за допомогою виміру тиску в сечовому міхурі , яку запропонував Bradley S.E.(1947), та використовував в своїх дослідженнях В.В.Теплий(2006).

На таких етапах операції, як інтубація, інфільтрація підшкірно-жирової клітковини розчином Кляйна перед ліпосакцією, самої ліпосакції та дерматоліпектомії ми реєстрували зниження внутрішньочеревного тиску. Його зниження на цьому етапі операції не впливало на загальний стан пацієнта. Незначне зростання внутрішньочеревного тиску відмічали на наступних етапах операції, а саме під час формування дублікатури апоневрозу, ушивання м’язів, накладання швів на підшкірно- жирову клітковину та шкіру. На цьому етапі операції ми підключали до контролю мікроциркуляції визначення рівня РО2 в капілярах шкіри . Таке поєднання методів діагностики дозволило зменшити рівень можливих загальних та місцевих ускладнень. Зростання внутрішньочеревного тиску на 28,8% зареєстрували після надягання компресій­ного бандажу. Такий феномен зростання внутрішньочеревного тиску вимагав від нас залишення катера сечовому міхурі для контролю за гіпертензією до появи стійкої тенденції до її зниження. Отримані нами в процесі дослідження результати динаміки змін внутрішньочеревного тиску при виконанні основних етапів операції абдомінопластики в цілому підтверджують результати отримані в свій час В.В.Теплим (2006).

Ефективність та повноту електростимуляції оцінювали на основі клінічних та інструментальних неінвазивних методів досліджень. Шкіра ПЧС набувала природнього кольору, відновлювалась нормальна капілярна реакція, зростав парціальний тиск кисню в шкірі. Дослідили динаміку зміни РО2 в шкірі ПЧС як об’єктивного показника змін мікроциркуляції. Реєстрували вихідне РО2 та динаміку його зростання через 5, 10, 30 , 60 хв., а також у наступні 6 годин і більше. Зразу після початку непрямої електрстимуляції напруга кисню різко зростала і коливалась у проміжку від 33,75 мм. рт. ст. до 38,71 мм. рт. ст. (36,25±2,48). Далі ці показники знижувались і після 30 та 60 хв. становили 29,52±2,1 мм. рт. ст., та 27,35±1,82 мм. рт. ст. відповідно, суттєво не змінюючись при подальших реєстраціях. Повна відсутність ускладнень відмічено у всіх пацієнтів, яким була використана програмована черезшкірна електростимуляція структур ПЧС.

Результати хірургічного втручання оцінювали в ближні та віддалені терміни після операцій. При цьому основувалися на особливостях перебігу післяопераційного періоду, наявності чи відсутності ускладнень, на досягненні контурного, естетичного та лікувального ефекту, на стані м’яких тканин передньої черевної стінки.

Безпосередні результати операцій, як і віддалені, розподілили на три групи: хороші, задовільні та незадовільні.

Хорошим (у 141 пацієнтки 68,45 %) вважали результат, при якому досягнутий оптимальний для кожної конкретної хворої контурний ефект, хороший лікувально-естетичний ефект: симетричність відповідних зон живота відносно серединної лінії з рівномірним розподіленням шару підшкірної жирової клітковини та правильна конфігурація черевної стінки, витримані естетичні норми місцезнаходження післяопераційного рубця, правильність форми та розміщення пупка, повна відсутність ускладнень.

При задовільному результаті (у 59 хворих – 28,65 %) мали місце хоча би один із наступних недоліків: незначно виражені ділянки втягнення післяопераційного рубця чи нависання шкірно-жирової тканини над ним; широкий чи грубий післяопераційний рубець; нерівні контури живота і талії; несиметричність окремих зон ПЧС; зміщений чи деформований пупок; потреба в незначній корекції для досягнення оптимального естетичного ефекту, але від якої пацієнти утримувались, залишаючись задоволеними результатом операції, при відсутності серйозних ускладнень, що призводять до вираженої деформації контурів ПЧС, та вимагаючих хірургічної корекції в ранній термін . В цю групу увійшли пацієнтки, у яких в післяопераційному періоді спостерігались незначні ускладнення місцевого характеру: серома, гематома, локалізований крайовий некроз дерми, які ліквідовувалися нами в ранньому післяопераційному періоді, і при цьому не спостерігалось погіршення контурів ПЧС.

Незадовільними (у 6 пацієнток – 2,9 %) вважали результат, коли було явно видно необхідність корегуючої операції для досягнення оптимального естетичного ефекту, та при ускладненнях, що вимагали хірургічного лікування.

Безпосередні результати оцінювалися у всіх прооперованих хворих. У 188 (91,3 %) із 206 пацієнтів післяопераційний період був гладкий, без ускладнень. Ближні післяопераційні ускладнення мали місце в 18 спостереженнях що становить 8,7 %, які в цілому не вплинули на кінцевий естетичний результат, тоді як у контрольній групі ускладнення складали 27,6 %.

Серома, гематома, раньова інфекція, крайовий некроз лоскуту, неспроможність швів – основні ближні післяопераційні ускладнення місцевого характеру, що ми спостерігали .

Мінімізація кількості місцевих ускладнень досягнуто нами за рахунок врахування стану ПЧС, її ангіоархітектоніки, апаратний контроль рО2 шкірно-жирового клаптя, раціонального поєднання дермоліпектомії та ліпосакції, та профілактики мікроциркуляторних розладів.

Із 18 ти (8,74 %) ранніх післяопераційних ускладнень в 17 спостереженнях пацієнти страждали ожирінням різного ступеня, що склало 94,4 % від загальної кількості ускладнень. Відмічено підвищення процента виникнення післяопераційних ускладнень зі збільшенням ступені ожиріння, що дозволяє виділити пацієнтів страждаючих ожирінням в групу підвищеного ризику при проведенні оперативного лікування. Самий високий відсоток післяопераційних ускладнень у пацієнтів з II та III ступеню ожиріння.

Оцінювання клінічних результатів хірургічного лікування проводили і в термін 5–6 місяців та від 1-го до 3-х років. Як і при оцінюванні безпосередніх результатів нами складений комплекс критеріїв, за якими результати розподілили на три основні групи: хороший, задовільний, незадовільний. Оцінюванню підлягали такі параметри: 1) конфігурація та форма живота, зв’язана з корекцією деформації чи дефекту ПЧС; 2) Правильне місцезнаходження пупка, його форма, наявність чи відсутність рубцевої деформації; 3) Якість післяопераційного рубця, що визначалася його шириною та симетричністю, а при естетичній абдомінопластиці і правильне його місцезнаходження, наявність чи відсутність залишкових нависань, втягнень; симетричність, товщина підшкірної жирової клітковини над та під рубцем; відсутність рецидиву грижового випинання

Окрім клінічних результатів за встановленими критеріями, що описані вище, нами проаналізовано показники самооцінки пацієнтів як об’єктивні так і суб’єктивні у 116 респонденток у період від 1 року до 2-х після операції. Отримані дані дозволили створити загальну характеристику ефективності пластики ПЧС за допомогою самооцінки пацієнта.

Хорошу чи задовільну оцінку пластики ПЧС дали 111 пацієнток (95,68 %) зі всіх опитаних пацієнток. Незадоволені результатом були 5 хворих (4,32 %) і зв’язували це з наявністю широких, місцями втягнутих (2 випадки) та гіпертрофічним рубцем (1 випадок), що були результатом ранніх післяопераційних ускладнень, також надлишкових нависань в бокових відділах області післяопераційного рубця (2 випадки), які були ліквідовані шляхом ліпосакції.

Аналізуючи ефективність реконструктивної абдомінопластики при вентральних грижах з позиції поліпшення якості життя, слід зупинитися на естетичних аспектах даної операції: усуненні шкірно-жирового фартуха ПЧС і як наслідок – поліпшення фігури пацієнтки, а також на низькому, естетично вигіднішому розташуванні горизонтального післяопераційного рубця. Раніше було відмічено, що серед обстеженої групи жінки складають 92,6 %, в т.ч. у віці до 55 років – 87,04 %. Саме ця категорія хворих звертає особливу увагу на естетичні проблеми, які можуть бути вирішені за допомогою оперативного втручання. Так, 48 пацієнток (96.0 % респондентів жіночої статі) додатково до питань анкети відзначили поліпшення самопочуття, пов’язане не тільки з усуненим захворюванням, але і із зміною фігури. Особливий інтерес для нас представляє суб’єктивна оцінка пацієнтами віддалених результатів хірургічного лікування. Цей показник якості допомоги складається із зміни їх самопочуття і власне оцінки результату оперативного втручання. Самопочуття наші пацієнти не ототожнюють тільки з фізичним станом, а додають йому ширший сенс, зв’язуючи його також з власними уявленнями про себе. Ці уявлення найповніше виражаються в міжособових і суспільних відносинах, в реалізації своїх можливостей. При інтерпретації суб’єктивної оцінки необхідно враховувати вік, тяжкість основного захворювання і наявність супутньої патології. Не відзначили змін 4 (7,4 %) пацієнтів. Всі вони мали супутню патологію, а у післяопераційному періоді були ускладнення з боку рани, що вимагали тривалого відновного лікування. Повну задоволеність результатом операції відзначили 50 (92,6 %) респондента. Результати анкетування свідчать, що у переважної більшості пацієнтів повністю відновилася працездатність, покращало самопочуття і самовідчуття. Більше половини респондентів відзначає можливість повернення до звичної праці, успішне рішення проблем естетичного і особистого характеру. На підставі приведених даних можна говорити про достатньо високу медико-соціальну ефективність запропонованого нами підходу до хірургічного лікування пацієнтів.

**ВИСНОВКИ**

# **У дисертаційному дослідженні вирішено актуальне хірургічне завдання - покращення результатів хірургічної корекції дефектів та деформацій передньої черевної стінки за рахунок комплексної оцінки її стану та створення системи міроприємств направлених на оптимізацію тактики та техніки операції.**

1. Запропонована систематизація клінічних проявів дефектів та деформацій передньої черевної стінки дозволяє вибрати оптимальний алгоритм хірургічного втручання та адекватну техніку операції – ліпосакцію, дермоліпектомію, пластику м’язів та апоневрозу передньої черевної стінки, чи їхнє необхідне поєднання, а також скласти безпосередній та віддалений прогноз хірургічної корекції.
2. При плануванні пластики передньої черевної стінки необхідно враховувати стан оточуючих її анатомічних утворень: товщину жирової клітковини лобка, фланків, на бокових поверхнях тазу та реберних дуг, форму та положення реберних дуг, форму хребта, які отримані в результаті клінічних, інструментальних досліджень.
3. Застосування сакційної ліпектомії при виконанні абдомінопластики дозволяє підвищити естетичну ефективність операції за рахунок видалення підшкірної клітковини з верхніх ділянок передньої черевної стінки та оточуючих зон.
4. Доведено, що при парціальному тиску О2 15 мм. рт. ст. та вище в шкірі передньої черевної стінки при транскутанному його визначенні досягається повне виживання тканин післяопераційної області.
5. Встановлено, що непряма програмована електростимуляція з амплітудою в 2В та частотою 35 Гц на тканин передньої черевної стінки після виконання абдомінопластики дозволяє нормалізувати мікроциркуляцію шкіри і підшкірних тканин, та зменшити кількість ішемічних ускладнень.
6. Запропонований нами горизонтальний доступ в нижній третині живота при виконанні пластики передньої черевної стінки з усуненням усіх її дефектів та деформацій дало можливість виконати необхідні симультанні операції за наявності хронічної хірургічної патології органів черевної порожнини та малого тазу.
7. Запропонована нами методика відновлення пупка та біляпупкового заглиблення дозволяє значно покращити естетичний ефект абдомінопластики за рахунок додаткової фіксації елементів передньої черевної стінки.
8. Виконання симультанних операцій (31 % від загальної кількості) не приводить до збільшення частоти післяопераційних ускладнень, складає сприятливі умови для повноцінної соціальної та трудової реабілітації пацієнта, а також значно покращує якість життя людини.
9. Застосування розроблених алгоритмів діагностики та хірургічного лікування у хворих з естетичними деформаціями та дефектами передньої черевної стінки дозволило отримати хороші та задовільні естетичні та функціональні результати у 90,78 % хворих, скоротити післяопераційний період у 1,5–2 рази. Хороші та задовільні результати протягом 5 років відмічалися у 97 % хворих.

**СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Скиба В. В. Возможности применения абдоминопластики при хирургическом лечении хронического калькулезного холецистита / В. В. Скиба, О. Ю. Тарапон, И. В. Яцишин  // Сб. науч. работ КМАПО им. П. Л. Шупика. – К., 2000. – Вып. 9, кн. 4. – С. 405–407. (Особистий внесок – реферування джерел наукової інформації, підбір та обробка клінічного матеріалу, написання основної частини статті).
2. Важливі естетичні аспекти при виконанні абдомінопластики / І. В. Яцишин, Л. М. Павліченко, О. Ю. Тарапон, Ю. С. Лисайчук  // Пластична та реконструктивна хірургія. – 2006. – № 1 (V). – С. 19–23. (Особистий внесок – збір матеріалу клінічних спостережень, обґрунтування хірургічної тактики, аналіз ефективності сакційної ліпектомії при виконанні абдомінопластики).
3. Систематизація клінічних виявів дефектів та деформацій передньої черевної стінки / В. В. Скиба, І. В. Яцишин, Ю. С. Лисайчук, О. Ю. Тарапон  // Хірургія України. – 2007. – № 3 (23). – С. 36–41. (Особистий внесок – збір матеріалу клінічних спостережень, обґрунтував систематизацію клінічних виявів дефектів та деформацій передньої черевної стінки).
4. Яцишин І. В. Можливості використання дермоліпектомії при хірургічному лікуванні гриж передньої черевної стінки та діастазу прямих м’язів живота / І. В. Яцишин // Альманах клінічної медицини : зб. наук.-практ. робіт. – К., 2001. – Вип. № 1 : присвячений 50-річчю Київської клінічної лікарні № 1. – С. 51.

# **Яцишин І. В. Дермоліпектомія у складі хірургічної технології лікування гриж передньої черевної стінки та діастазу прямих м’язів живота / І. В. Яцишин, Ю. С. Лисайчук, О. Ю. Тарапон // Актуальні питання пластичної, реконструктивної та естетичної хірургії : тези доп. 1-ої наук.-практ. конф., Київ, 18–19 квітня 2002 р. – К., 2002. – С. 222–224. (Особистий внесок – збір матеріалу, формулювання висновків, підготовка тез до друку).**

1. Эстетические аспекты в хирургии передней брюшной стенки / И. В. Яцишин, В. В. Скиба, Ю. С. Лисайчук, Л. Н. Павличенко, О. Ю. Тарапон, Т. И. Чабан  // Альманах клінічної медицини : матеріали конф. “Нові технології в хірургії”, Київ, 27–28.11.2002 р. – К., 2002. – Вип. № 2. – С. 246–249 (Особистий внесок – збір матеріалу, аналіз отриманих результатів, запропонував, розробив техніку формування пупка в естетичній хірургії ПЧС, підготовка статті до друку).
2. Сучасні підходи в лікуванні гриж передньої черевної стінки./ В. В. Скиба, И. В. Яцишин, Ю. С. Лисайчук, О. Ю. Тарапон  // Нові технології в хірургічному лікуванні гриж живота : зб. тез доповідей 1-ої Всеукр. наук.-практ. конф. з міждунар. участю, Київ, 18 квітня 2003 р. – К., 2003. – С. 52–53. (Особистий внесок – збір матеріалу, аналіз отриманих результатів, підготовка тез до друку).
3. Скиба В. В. Систематизація та обґрунтування методів усунення естетичних та анатомічних дефектів та деформацій передньої черевної стінки. / В. В. Скиба, Ю. С. Лісайчук, І. В. Яцишин // Львівський медичний часопис : матеріали Другої конф. з участю закордонних спеціалістів “Хірургічне лікування ожиріння й супутніх метаболічних порушень”, Львів, 16–17 жовтня 2003 р. – Львів, 2003. – Т. ІХ, додаток 11. – С.19. (Особистий внесок – збір матеріалу, запропонував первинну систематизацію дефектів та деформацій ПЧС, обговорення результатів).
4. Ліквідація естетичних та анатомічних дефектів та деформацій передньої черевної стінки : оптимізація хірургічної технології / І. В. Яцишин, В. В. Скиба, Ю. С. Лисайчук, Л. М. Павліченко  // Пластична та реконструктивна хірургія : матеріали І з’їзду ВАПРЕХ “Актуальні питання пластичної реконструктивної та естетичної хірургії”, Київ, 14–16 квітня 2004 р. – 2004. – № 2. – С. 231–232. (Особистий внесок – збір матеріалу, аналіз отриманих результатів, підготовка тез до друку).
5. Деякі нові підходи у лікуванні вентральних гриж / В. В. Скиба, Ю. С. Лисайчук, І. В. Яцишин, О. Ю. Тарапон // Хірургічне лікування гриж живота з використанням сучасних пластичних матеріалів : матеріали 2-ї Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, Алушта, 24–25 вересня 2004 р. – Алушта, 2004. – С. 162–164. (Особистий внесок – відбір хворих, аналіз ефективності включення естетичних компонентів в хірургічному ліванні гриж ПЧС).
6. Особливості та ускладнення пластики передньої черевної стінки / В. В. Скиба, І. В. Яцишин, Ю. С. Лисайчук, О. Ю. Тарапон // Пластична хірургія та естетична медицина : матеріали ІІ наук.-практ. конф. ВАПРЕХ, 7–8 червня 2006 р. – К., 2006, С. 137–138 (Особистий внесок – збір матеріалу, аналіз ролі ускладнень на кінцевий естетичний результат).
7. Хірургічна технологія виконання абдомінопластики. / В. В. Скиба, І. В. Яцишин, Ю. С. Лисайчук, Л. М. Павліченко, О. Ю. Тарапон  // Профілактика ускладнень в пластичній та реконструктивній хірургії : зб. тез доповідей третьої Всеукр. наук.-практ. міжнар. конф., Київ, 1–2 лютого 2008 р. – К., 2008. – С. 69 (Особистий внесок – збір матеріалу, запропонував вимірювати внутрішньочеревний тиск та полярографію газів крові шкіри ПЧС, як метод профілактики ускладнень).
8. Деякі особливості естетичної пластики передньої черевної стінки / Ю. С. Лисайчук, І. В. Яцишин, Л. М. Павліченко, О. Ю. Тарапон, Ю. Ю. Хомут  // Пластична та реконструктивна хірургія : матеріали ІІІ з’їзду ВАПРЕХ “Актуальні питання пластичної реконструктивної та естетичної хірургії”, м. Київ, 2–4 жовтня 2008 р. – 2008. – № 2-с (ХІ). – С. 29–30 (Особистий внесок – аналіз та оформлення даних, підготовка до друку).
9. Скиба В. В. Ліпосакція як важливий елемент абдомінопластики / В. В. Скиба, Ю. С. Лисайчук, І. В. Яцишин // Хірургія України : матеріали наук.-практ. міжнар. конф. “Актуальні питання сучасної хірургії”, Київ, 20–21 листопада 2008 р. – 2008. – № 4 (28), додаток 1). – С. 261. (Особистий внесок – аналіз матеріалу, підготовка до друку).
10. Пат. на корисну модель № 33322 (UA) МПК А61В17/00. Спосіб визначення показань до видалення дванадцятих ребер при виконанні абдомінопластики. / Скиба В.В., Лисайчук Ю.С., Яцишин І.В., Тарапон О.Ю. / Заявл. 13.03.2008. Опубл. 10.06.2008. Бюл. № 11. (Особистий внесок – збір матеріалу, аналіз отриманих результатів,оформлення).

**АНОТАЦІЯ**

**Яцишин І. В. Обґрунтування методів хірургічної корекції естетичних дефектів та деформацій передньої черевної стінки.** – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03. – хірургія. – Національний медичний університет імені О. О. Богомольця МОЗ України, Київ, 2009.

Робота присвячена проблемі покращення результатів хірургічної корекції естетичних дефектів та деформацій ПЧС за рахунок комплексної оцінки її стану та оптимізації техніки операції.

Основу роботи склали узагальнені результати хірургічного лікування 293 пацієнтів із застосуванням методів абдомінопластики (87 контрольна група, 206 основна).

Розроблено критерії оцінки стану шкіри, підшкірної жирової клітковини, м’язево-апоневротичного комплексу. Систематизовано клінічні прояви дефектів та деформацій передньої черевної стінки і всі пацієнти розділені на 10 груп та розроблено алгоритм оперативних втручань.

Із інструментальних методів обстеження використовували визначення транскутанного рО2 тканин, застосували програмований електровплив на тканини передньої черевної стінки та інтраопераційний моніторинг зміни внутрішньочеревного тиску.

Загальний відсоток ранніх післяопераційних ускладнень склав у наших спостереженнях 8,74 %, які в цілому не вплинули на кінцевий естетичний результат (27,6 % в контрольній групі).

Застосовувана технологія оперативних втручань у хворих з естетичними деформаціями та дефектами передньої черевної стінки дозволила отримати у 90,78 % хворих безпосередньо хороші та задовільні естетичні та функціональні результати, скоротити післяопераційний період у 1,5–2 рази. У віддаленому періоді спостереження протягом 5 років хороші та задовільні результати відмічалися у 97 % хворих.

Ключові слова: абдомінопластика, дерматоліпектомія, ліпосакція,

**АННОТАЦИЯ**

**Яцишин И. В. Обоснование методов хирургической коррекции эстетических дефектов и деформаций передней брюшной стенки.** – Рукопись.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03 – хирургия. – Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца МЗ Украины, Киев, 2009.

Диссертационная работа посвящена проблеме улучшения результатов хирургической коррекции эстетичных дефектов и деформаций передней брюшной стенки за счет комплексной оценки ее состояния и создания системы мероприятий направленных на оптимизацию техники операции.

Основу работы составили обобщенные результаты обследования, предоперационной подготовки и хирургического лечения 293 пациентов, с применением методов абдоминопластики (87 контрольная группа, 206 основная).

Разработаны критерии оценки состояния кожи, подкожной жировой клетчатки, мышечно-апоневротического комплекса. За этими критериями систематизированы клинические проявления дефектов и деформаций передней брюшной стенки. В зависимости от вида эстетической деформации передней брюшной стенки все пациенты разделены на 10 групп, что дало возможность разработать алгоритм хирургических вмешательств на передней брюшной стенке.

Для оценки адекватности микроциркуляции в кожно-жировом лоскуте на этапах хирургического лечения из инструментальных специальных методов обследования использовали метод определения транскутанного рО2 тканей передней брюшной стенки до оперативного вмешательства и в разные сроки послеоперационного периода Мы впервые при выполнении абдоминопластики применили программируемую электростимуляцию и результаты ее использования показали эффективность метода, ее невысокую травматичность и возможность внедрения на большинстве этапов абдоминопластики. Полное отсутствие осложнений отмечено у всех пациентов, которым была использована программируемая чрескожная электростимуляция структур передней брюшной стенки.

Интраоперационный мониторинг изменения внутрибрюшного давления при выполнении основных этапов разных хирургических вмешательств на передней брюшной стенке показал свою актуальность для профилактики развития внутрибрюшной гипертензии.

Результаты хирургического вмешательства оценивали в ближние и отдаленные сроки после операций. Непосредственные результаты операций, как и отдаленные, распределили на три группы: хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные.

Общий процент ранних послеоперационных осложнений составил в наших наблюдениях 8,74 %, что в целом не повлияло на конечный эстетичный результат (27,6 % в контрольной группе).

Минимизация количества местных осложнений достигнуто нами за счет учета состояния передней брюшной стенки, ее ангиоархитектоники, аппаратного контроля рО2 кожно-жирового лоскута, рационального сочетания дермолипектомии и липосакции, и профилактики микроциркуляторных расстройств.

Применение разработанных схем обследования, предоперационной подготовки и методов оперативного вмешательства, у больных с эстетичными деформациями и дефектами передней брюшной стенки позволило получить в 90,78 % больных непосредственно хорошие и удовлетворительные эстетичные и функциональные результаты, сократить послеоперационный период в 1,5–2 раза. В отдаленном периоде наблюдения до 5 лет хорошие и удовлетворительные результаты отмечались в 97 % больных.

Ключевые слова: абдоминопластика, дерматолипэктомия, липоссакция.

**SUMMARY**

**Yatsishіn I. V. Ground of methods of surgical correction of aesthetically beautiful defects and deformations of front abdominal wall.** – Manuscript.

Dissertation on the receipt of scientific degree of candidate of medical sciences in speciality 14.01.03 – Surgery. – National Medical University O. O. Bogomolets Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, 2009.

Work is devoted the problem of improvement of results of surgical correction of aesthetically beautiful defects and deformations of front abdominal wall due to the complex estimation of its state and optimization of technique of operation.

Basis of work was made by the generalized results of surgical treatment of 293 patients with application of methods of abdominoplastik (87 control group, 206 basic). The criteria of estimation of the state of skin, fatty hypoderm, myscular et aponevrosis complex are developed. It is systematized the clinical displays of defects and deformations of front abdominal wall and all patients part on 10 groups and the algorithm of operative interferences is developed.

From instrumental methods an inspection was used by determinations of transkutannogo of rO2 fabrics, applied programmable electro-influence on fabrics of front abdominal wall and intraoperaciyniy monitoring of change of intra-abdominal pressure. The general percent of early pislyaoperaciynikh complications made in our supervisions 8,74 %, what on the whole did not influence on aesthetically beautiful end-point (27,6 % in a control group).

Applied technology of operative interferences for patients with aesthetically beautiful deformations and defects of front abdominal wall allowed to get in 90,78 % patients directly good and satisfactory aesthetically beautiful and functional results, to shorten a pislyaoperaciyniy period in 1,5–2 times. In the viddalennomu period of supervision during 5 good and satisfactory results were marked in 97 % patients.

Key words: abdominoplastik, dermatolipectomy, liposacstion.

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

ВЧТ – внутрішньочеревний тиск;

ПЖК – підшкірна жирова клітковина;

ПЧС – передня черевна стінка;

МАС – м’язево-апоневротична структура;

ІМТ – індекс маси тіла.

Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>