

На Уч. Совете

Аннотация

диссертации аспиранта на бюджетной основе отделения восстановительной и челюстно - лицевой хирургии ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» Велиханова Рашида Рагимовича на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 «хирургия» на тему: «Реконструктивно-пластические операции при абдоминоптозе и грыжах передней брюшной стенки»

Актуальность темы:

В настоящее время различные виды деформаций передней брюшной стенки, протекают либо как самостоятельные заболевания (абдоминоптоз), либо являются осложнением оперативных вмешательств (грыжи передней брюшной стенки). Несмотря на непрекращающееся развитие оперативной техники, минимизации хирургического доступа, количество осложнений операций в виде грыж передней брюшной стенки меняется незначительно. Не менее актуальной является проблема деформации мягких тканей передней брюшной стенки в виде «фартука», о чем свидетельствует рост обращений за хирургической помощью. Абдоминопластика - это одна из противоречивых операций в пластической хирургии. С одной стороны абдоминопластику отличает кажущаяся легкость выполнения операции общим абдоминальным хирургом, который рассматривает ее как привычный промежуточный этап лапаротомии, а с другой - это дающая наибольший реальный процент смертности в эстетической хирургии операция, при которой осложнения достигают 27,5-30,8% случаев (Пшениснов К.П.,2010). Известные в настоящее время варианты пластики передней брюшной стенки были предложены как дополнительный элемент при различных оперативных вмешательствах на передней брюшной стенке, чаще всего при грыжесечении. В настоящее время их используют как дополнительный этап или самостоятельную операцию - абдоминопластику. В связи с этим, актуальным является решение проблемы выявления особенностей клинического течения абдоминоптоза и грыж передней брюшной стенки, определение показаний и выбор метода оперативного лечения.

Цель работы: Улучшение результатов хирургического лечения пациентов с абдоминоптозом и грыжами передней брюшной стенки.

Задачи исследования:

1. Изучить по данным литературы эффективность хирургического лечения абдоминоптоза и грыж передней брюшной стенки различной степени тяжести.
2. Проанализировать осложнения абдоминоптоза и грыж передней брюшной стенки после различных операций, систематизировать причины осложнений и разработать пути их профилактики.
3. Оценить жизнеспособность краев раны при абдоминоптозе и грыжах передней брюшной стенки на основании изучения изменений микрокровотока в краях раны при ушивании.
4. Выявить причины и разработать способы профилактики некроза пупка после оперативного лечения абдоминоптоза и грыж передней брюшной стенки.
5. Разработать алгоритм профилактики грубого рубцевания после оперативной коррекции абдоминоптоза и грыж передней брюшной стенки.

Работа будет выполнена в отделении восстановительной микрохирургии и челюстно - лицевой хирургии ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского» на основании анализа 60 клинических наблюдений.

Срок начала работы: 2016 год

Срок окончания работы: 2019 год.

Научный руководитель

д.м.н., профессор Трофимов Е.И.

Исполнитель

аспирант Велиханов Р.Р.

Исследование одобрено Локальным комитетом по медицинской и биологической этике ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского»

Секретарь Локального комитета

к. м. н. И. Л. Жидков

Экспертная комиссия РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского рекомендует к утверждению на Ученом совете

Председатель Экспертной комиссии

д. м. н. А.Л.Шестаков

John S. [unclear]

Приложение к аннотации

диссертации Велиханова Рашида Рагимовича на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 «хирургия» на тему **«Реконструктивно-пластические операции при абдоминоптозе и грыжах передней брюшной стенки».**

Краткий аналитический обзор состояния проблемы

В ряде современных клинических научных исследований отечественных и зарубежных хирургов отмечается четкая тенденция, которая не всегда позволяет признать результаты исходов хирургического лечения абдоминоптоза и грыж передней брюшной стенки удовлетворительными, несмотря на имеющиеся прогрессивные достижения в лечении абдоминоптоза и грыж передней брюшной стенки. Известно, что сегодня осложнения при выполнении абдоминопластики составляет 27,5-30,8% случаев. В исследовании будет проведено изучение изменений степени натяжения тканей при ушивании тензометром. Будет разработан алгоритм лечения осложнений и профилактики после операций при абдоминоптозе и грыжах передней брюшной стенки. Таким образом, целью исследования является улучшение результатов оперативного лечения абдоминоптоза и грыж передней брюшной стенки.

Наличие рубцов на передней брюшной стенке может значительно влиять на планирование и технику выполнения операции. Расположение рубца по средней линии выше пупка является основанием для выполнения вертикальной абдоминопластики. Рубцы, расположенные ниже пупка и в правой подвздошной области, как правило, удаляют вместе с резецируемыми тканями при классической или напряженно - боковой абдоминопластике. Наибольшие трудности при планировании и проведении оперативного вмешательства могут вызвать относительно длинные рубцы после холецистэктомии или атипично расположенные рубцы. В ряде случаев это может потребовать атипичного доступа при котором, прежде всего, следует учитывать

сохранение достаточного кровообращения в мобилизованных лоскутах.(Белоусов А.Е.,1998)

Несмотря на правильно наложенные швы, без боли и каких-либо предвестников происходит частичное или полное расхождение (изнутри кнаружи) краев раны после полного ее ушивания. По данным одних авторов расхождение краев раны наблюдается в сроки от 3-х до 9-х суток, по данным других – от 5-х до 12-х суток после операции. Часто этот процесс не имеет ничего общего с инфекцией, он может быть следствием и гипопроотеинэмии и гиповитаминоза и нарушения водно-электролитного баланса. Имеют значение продолжительность операции, неоправданно большая кровопотеря, возраст пациента (старше 60 лет), избыточное натяжение по ходу швов.(Адамян А.А., 1999, Ткаченко А.Е.,1999).

В хирургической практике так же отсутствует единая тактика профилактики грубого послеоперационного рубцевания и лечения гипертрофических и келоидных рубцов (Виссарионов В.А., Стенько А.Г.2010).

Самые крупные артерии, кровоснабжающие кожу, образуют плоскую сеть в подкожной ткани сразу же под дермой, которая называется кожной сетью. От этих сосудов ветви направляются как внутрь (кровоснабжают жировую ткань наиболее поверхностных участков подкожной ткани), так и к поверхности (кровоснабжают кожу). В сетчатом слое дермы артерии имеют извилистый ход, а на границе между сетчатым и сосочковым слоями эти сосуды образуют вторую плоскую сеть (подсосочковая-retesubpapillare), состоящую из более мелких артериальных сосудов. Поскольку в составе дермы много коллагена, то она и не нуждается в интенсивном капиллярном кровоснабжении; капилляры на большей ее части развиты слабо. Поэтому дерма является слабым источником капилляров(Хэм А., 1983).

При диастазе прямых мышц, широкая и истонченная белая линия в условиях повышенного внутрибрюшного давления выпячивается в виде «киля» (Рехачев В.П., 1999).

По данным ряда авторов (Валяшко Г.А., 1927, Напалков П.Н., 1939, Бахшалиев Б.Р., 1972) группы мышц передней брюшной стенки образуют

систему сил, взаимно уравнивающих друг друга. Сокращение наружных и внутренних косых, а также поперечных мышц живота осуществляет растягивающее действие на белую линию.

Наиболее простым вариантом пластики мышечно-апоневротического слоя является создание дубликатуры поверхностного листка апоневроза прямой мышцы живота по белой линии. При значительном перерастяжении передней брюшной стенки может быть дополнительно выполнена пластика апоневроза наружной косой мышцы. Как правило ширина участка дубликатуры составляет 3-10см. Сближение осуществляют при помощи одного или двух слоев одиночных узловых или непрерывных швов(Белоусов А.Е.,1998).

Вариабельность клинических проявлений деформации контуров передней брюшной стенки, обусловленных различными топографо-анатомическими ее изменениями, как правило, требует дифференциального подхода к выбору метода хирургического лечения

(Адамян А.А., 1998, 1999).

Ухудшение результатов при ее комбинации с другими оперативными вмешательствами, как прогнозируемый фактор риска. Существенными факторами риска являются: мужской пол(> 41 лет), избыток веса

(ИМТ>30), длительность операции(>3 часов), и большая потеря крови(1000 мл) (Gmur RU et al., 2003).

Подготовку брюшной стенки и органов брюшной полости к состоянию повышенного давления применением тугого эластического бинтования или ношением бандажа в течении 2-3 недель до операции является важным фактором адекватной предоперационной подготовки. Это уменьшает риск развития общих и местных послеоперационных осложнений на фоне правильного планирования разрезов и формирования кожных лоскутов. Активное дренирование раны в течении 4-5 дней, с последующим переходом на пассивное (до прекращения серозного отделяемого), ушивания послеоперационной раны без чрезмерного натяжения с наложением разгрузочных швов или дополнительное временное сближение краев раны с

помощью адгезивных материалов (Лебедев Ю.Г.,1998,Frageul G., 1999, Боровиков А.М., 2003).

Хирургические методы направлены на обеспечение минимального натяжения кожи, (А.Е.Белоусов., 2005) для чего предложен различный « крой» окружающих рану кожных покровов. При невозможности использования местных тканей широко используют различные лоскуты на сосудистой ножке.

Улучшение результатов лечения больных с абдоминоптозом и грыжами передней брюшной стенки остается актуальной и нерешенной задачей. В связи с этим оценка эффективности методов хирургического лечения нуждается в дополнительной разработке.

Перечень изученной литературы:

1. Адамян А.А., Величенко Р.Э. Хирургическая тактика при деформации контуров передней брюшной стенки. Передовые технологии в эстетической дерматологии и пластической хирургии: Мат. Науч.-практ. конф. М., 1999.
2. Адамян А.А., Гогия Б.Ш., Величенко Р.Е. Ошибки и осложнения хирургической коррекции деформаций передней брюшной стенки. Анн. Пластич., реконстр., и эстетич., 1998.
3. Белоусов А.Е., Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия. С-Пб.: Гиппократ., 1998.
4. Боровиков А.М., Коррекция формы живота. Сб. Тезисов. 1-я Межд. конф. Современные методы герниопластики и абдоминопластики с применением полимерных материалов. Москва 26-27 ноября.,2003.
5. Валяшко Г.В., Анатомо-физиологическое подразделение передней брюшной стенки. Омский мед. журн., 1927.
6. Виссарионов В.А., Стенько А.Г. Комплексная коррекция рубцовых деформаций лица. Эксперим. и клин, дерматокосмет., 2010.
7. Хэм А., Корман Д.: Мир., 1983.

8. Лебедев Ю.Г., Проблемы оперативной коррекции передней брюшной стенки. *Анн. пластич., реконстр., и эстетич. хир.*, 1998.
9. Напалков П.Н., Оперативное лечение грыж белой линии живота в свете анатомо-механических условий их патогенеза и некоторые клинические особенности., 1939.
10. Рехачев В.П. Послеоперационные вентральные грыжи. *Диастазпрямыхмышцживота.*, 1999.
11. Frageul G., Elbaz JS;Karcenty B Complication of plastic surgery of the abdomen. *Ann ChirPlastEstet.*, 1999.
12. Scrimali L., Lomeo G., Nolfo C., Pompili G., Tamburino S., Catalani A., Sirago P., Perrolta R.E. Treatment of hypertrophic scars and keloids with a fractional CO2 laser: a personal experience. *J. Cosmet. LaserTher.*, 2010.

Диссертационные исследования по данной проблеме проведенные ранее в ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б .В. Петровского»:

Федоров Д.А.

(Науч. руководитель: д.м.н., проф. Тимошин А.Д.)

«Оптимизация выбора метода пластики при послеоперационных и рецидивных вентральных грыжах»2002г. (диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук).

Леонов С.А.

(Науч. руководитель: д.м.н., проф. Трофимов Е.И.)

«Частные хирургические аспекты абдоминопластики» 2005г.

(диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук).

Аветисян А.Ю.

(Науч. руководитель: д.м.н., проф. Тимошин А.Д.)

«Герниопластика в условиях стационара «одного дня» у больных с паховыми и пупочными грыжами» 2006г. (диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук).

Чуб Р.В.

Науч. руководитель: д.м.н., проф. Лебедев В.М.

«Лечение больных с портальной гипертензией и грыжей передней брюшной стенки» 2008г. (диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук).

Сидоренков Д.А.

Науч. консультант: акад. РАМН, д.м.н., проф. Миланов Н.О.

«Эстетическая хирургическая контурная пластика тела» 2010г. (диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук).

Олейничук А.С.

(Науч. руководитель: д.м.н., проф. Тимошин А.Д.)

«Особенности хирургического лечения вентральных грыж у больных с избыточной массой тела и ожирением» 2010г. (диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук).

Тема не является охраноспособной.

Не требуется дополнительного финансирования и оборудования.