

©А. О. КОТ

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова МОЗ України

Дермліпектомія з герніоабдомінопластиком як раціональний принцип хірургічного лікування хворих із грижами і вентральними надлишками парагерніальних тканин

Мета роботи: оцінити клінічну ефективність сумісного виконання вдосконалених дермліпектомій з герніоабдомінопластиком при лікуванні хворих на грижі та зовнішні деформації живота, що мають баластно-надлишкові тканини черевної стінки.

Матеріали і методи. Дослідження ґрунтується на параопераційних обстеженнях і аналізі власних результатів хірургічного лікування 67 дорослих пацієнтів. Застосовано клінічні методики визначення внутрішньочеревного тиску, інтенсивності болю, вентро-сонометричні дослідження, морфологічні і статистичні методи.

Результати досліджень та їх обговорення. Обґрунтовано раціональний принцип хірургічних втручань в умовах абдомінального ожиріння чи/та інших надлишків надапоневрозної локалізації на підставі патометричних характеристик, визначених за розмірами вентральної деформації, виразності жировмісних тканин і фіброзно-рубцевих компонентів в її складі. Доопераційно прораховані об'єми дермо-фіброліпектомій, що здійснені разом із реконструктивно-пластичними втручаннями на черевній стінці у різних категоріях герніологічних хворих, суттєво знизили частоту локальних ускладнень і покращили показники якості їх життя та здоров'я.

Ключові слова: грижі; вентральні деформації; надлишкові тканини; дермліпектомія; герніоабдомінопластика.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Запальний процес вважають основною причиною локальних ускладнень після реконструктивно-відновних операцій на передньобічній черевній стінці (ПБЧС), зокрема, герніо- і абдомінопластик (АП) [1, 2]. Первинним субстратом виникнення небажаних наслідків у зоні втручань найчастіше є передіснуючі там “зайві” жиросполучені тканини, які мають власні прозапальні властивості та/або приховані джерела інфекції [2–4]. Останнім часом обговорюється доцільність метричних досліджень парагерніальних тканинних надлишків (ПНТ) та поширення рубцево-фіброзних змін перед втручаннями з приводу гриж і вентральних деформацій [1, 4, 5]. Більшість відкритих і ендоскопічних герніопластик не передбачає запобіжних видалень ПНТ як “структурних” факторів ризику, внаслідок чого досі суттєво не знижуються показники їх локальних ускладнень, особливо в умовах коморбідного абдомінального ожиріння (АО) [2, 6]. Хірургічне лікування хворих із ПНТ потребує подальших вдосколень, оскільки застосування при герніопластиках лише відомого “безнатягового” (tension free) принципу на рівні м'язо-апоневрозного шару (МАШ) не забезпечує гарантії неускладненого післяопераційного перебігу [3, 6]. Герніо-абдомінопластики (ГАП) ж з видаленням ПНТ вважаються більш адекватним принципом пластичних втручань в умовах ожиріння ПБЧС [7–9]. Але й ГАП зазвичай виконують без достатніх патометричних оцінювань зони майбутньої реконструкції ЧС і стандартів висічень ПНТ.

Досліджено лікувально-профілактичну ефективність розрахованих видалень оточуючих грижі баластних і патологічно змінених тканин під час різних ГАП [1, 8]. У роботі обґрунтовано доцільність доопераційних визначень НТ із раціональними принципами їх усунення під час виконання ГАП і АП при корекціях грижових і негрижових вентральних деформацій (ГВД і НГВД).

Мета роботи: клінічно оцінити ефективність сумісного виконання прорахованих дермліпектомій з абдомінопластиком при хірургічних втручаннях у хворих на грижі та зовнішні деформації живота з баластно-надлишковими тканинами.

Матеріали і методи. Дослідження ґрунтується на результатах власних параопераційних обстежень та лікуванні 67 дорослих пацієнтів (44 жінок і 23 чоловіків) віком від 26 до 64 років. Серед них 56 хворих основної групи (ОГ) мали грижі з дефектом апоневрозу і ГВД, а у 11 були лише м'якотканинні НГВД, не пов'язані з грижами – група порівняння (ГП). У більшості пацієнтів цифрове значення маси тіла було вище різниці “зріст мінус 100”, а також візуально-метричні ознаки “зайвобаластного” жиру в ПБЧС. Індекс маси тіла (ІМТ) складав 31–47 кг/м² за наявності поліетиологічного ожиріння I–III ст. та/або переважно абдомінального його типу (АО). При нормальній вазі АО було визначено лише у 3-х грижоносіїв за співвідношенням “окружність живота/зріст” за перевищенням результату 0,52 у чоловіків і 0,48 у жінок. Основним “хірургічним” критерієм ожиріння ПБЧС

у зоні запланованого втручання вважали товщину підшкірно-жирової клітковини (ПЖК) >3 см. Парагерніально-баластними надлишками тканин (ПБНТ) вважали сукупність очевидних і візуально прихованих (але вимірних й ехолокованих, зокрема передіснуючих) “зайвобаластних” жиро-сполучених тканин в ЧС. До патологічних компонентів в ПНТ, зокрема, при ПОВГ відносили шкірні рубці, перилігатурні гранульоми, ділянки післязапально-фіброзних змін (ДПФЗ) і лізисно-рубцевих стоншень (ДЛРС/С) над очеревинним мішком та навколо апоневрозного дефекту МАШ, краї якого планували хірургічно з’єднати та/чи алопластично закрити. При первинних грижах (n=29) найчастіше константували шкірно-підшкірно-жирові ПБНТ із більшим чи меншим парапортальним жиром-сполученим комплексом навколо грижових воріт, а в разі ПОВГ (n=27) – шкірно-рубцево-жирові ПНТ з різно виразними ДПФЗ чи ДЛРС в їх складі.

Хворих ОГ з констатованими ПНТ було розподілено залежно від “центричності” розташування в їх ПБЧС грижових воріт і зовнішньої ГВД (табл. 1). Першу підгрупу основної групи (1ПОГ) склали 35 грижоносців “анатомічно непарних” ділянок ПБЧС серединно-парамедіанної локалізації: 9 пупкових і 7 первинних гриж білої лінії живота, а також 19 ПОВГ внаслідок операційних втручань через серединні лапаротомії (див. табл. 1). У другу підгрупу основної групи (2ПОГ) увійшли 19 пацієнтів із грижами латерально-бічних локалізацій та грижовими воротами в межах однієї з “анатомічно парних” симетричних ділянок ПБЧС: з первинними паховими грижами – 11 і зі спігелієвими – 2; з “несерединними” ПОВГ – 8 хворих. Серед останніх 1 підреберна ПОВГ була пов’язаною з холецистектомією, 1 параректальна ПОВГ – з видаленням передочеревинної ліпоми, 4 здухвинно-пахові – після перенесених апендектомій і тубо-оваріальних операцій, а також 2 ПОВГ – після колостомій. Великі грижі (за класифікацією Тоскіна – Жебровського, 1979) або W3 (за Chevrel – Rath, 1999) мали 14 хворих із площею випинання і ГВД більшу 1-ї анатомічної ділянки; у 36 були грижі середнього розміру; малих гриж з ПБНТ було 4. У ГП увійшли 11 пацієнток з НГВД (див. табл. 1), 3-є з яких мали надлишкові жирові відкладення ПБЧС і первинний вентроптоз II–III ст. без абдомінальних операцій в анамнезі. У 8-ми була “фартухоподібна” рубцево-жирова вентральна деформація (РЖВД) від різних акушерсько-гінекологічних доступів без апоневрозних дефектів у зоні попередніх втручань [5]. Всі пацієнти ОГ, а також ГП (як “контроль” без гриж) обстежені з дуплексним скануванням зони майбутньої АП.

Вентрометричні дослідження включали встановлення товщини ПЖК і висоти пальпаторної складки над грижею та за її межами, маркування периметру й визначення площі випинання м’яких тканин, а також 2-х основних діаметрів грижових воріт. За допомогою планіметричної сітки, геометричних формул і принципів [1,8] визначали над-апоневрозний об’єм (V) грижового випинання з подальшим вираховуванням створеного грижовою експансією суто герніогенного (V*) надлишку тканин в його складі [1,6]. В сукупному ПНТ розрізняли також передіснуючі баластні надлишки як прояв ожиріння ПБЧС та патологічні компоненти [4, 5, 8]. Вентрометричні характеристики ПНТ зіставляли з сонометричними (на УЗ-апараті “Ultramark-9”), зокрема з параметрами дефекту МАШ, оцінюючи також ступінь вправності гриж і виразність фіксованості ГВД/НГВД. Окреме маркування проекції грижових воріт на шкіру і сонометрично встановленої поширеності ДПФЗ/ДЛРС [3, 4, 5] додавало попередніх уявлень щодо оптимального об’єму запланованої дермліпектомії (ДЛЕ) і фіброліпектомії (ФЛЕ). Висічення ліподермального клаптя (ЛДК) при ГАП як вдосконаленого хірургічного доступу до очеревинного мішка і апоневрозного дефекту здійснювали згідно з попередніми розрахунками раціонального об’єму “зайвого” баластно-тканинного та патологічного їх оточення [1, 8, 9]. ДЛЕ ми виконували стандартизованими човноподібними формами ЛДК (“байдарка” або “каное”) блоком, зокрема разом із парапортальною фіброліпектомією (ФЛЕП) у разі ПОВГ. Для ДЛЕ і ФЛЕ застосовували пристрої з ефектом різання-коагуляції, запобігати цим гемо-лімфорейним скупченням як додаткового ризику інфікування [3, 4]. Видалений “препарат” ЛДК зважували для контролю повноти прорахованої ДЛЕ/ФЛЕП та її докорекції, яка іноді виникала при ексцентрично поширеній ДЛРС і слугувала для завершення “гострої санації” зони наступної ГАП. Такі “довисічення” здійснювали вже разом із підготовкою країв дефекту МАШ безпосередньо перед апоневрозним етапом герніопластики. В разі компромісу натягу поверхневих тканин у результаті їх з’єднання над апоневрозом, в поодиноких випадках додатково використовували локальну сепарацію ПЖК від МАШ і зовнішнє тейпування зони АП пластирним зведенням її шкіри. Складовими вдосконалених ГАП, які виконували всім герніологічним хворим ОГ, були: прорахована ДЛЕ(+ФЛЕП) + герніопластика + АП. У ГП всім пацієнткам із НГВД також були виконані різні за об’ємом прораховані надапоневрозні ДЛЕ(+ФЛЕ) разом із АП, але без пластичного втручання в МАШ (див. табл. 1).

З ДОСВІДУ РОБОТИ

Таблиця 1. Види операційних втручань та їх складові, що виконані в групах/підгрупах пацієнтів з грижами і вентральними деформаціями

Види операцій в групах і підгрупах	Герніоабдомінопластики при грижах із вентральними деформаціями, основна група, n =56						Абдомінопластики при негрижових деформаціях, група порівняння, n =11	
	1ПОГ (n=35)			2ПОГ (n=21)			контроль без гриж	
Складові операцій	пупкові (n=9)	білої лінії (n=7)	ПОВГ (n=19)	пахові (n=11)	спігелієві (n = 2)	ПОВГ (n=8)	вентроптоз первинний (n = 3)	РЖВД (n = 8)
Дермліпектомія (ДЛЕ / +ФЛЕ*)	9/2	7/1	19/19	11/2	2/0	8/8	3/0	8/8
Герніопластика, тип (ГМТ / ГАЛП)**	6/3	5/2	17/19	9/2	2/1	7/8	–	–
Абдомінопластика (АП) /+тейпування	9/2	7/2	19/5	11/1	2	8/3	3	8/2

Примітки: * – фіброліпектомія;** – герніопластика місцевими тканинами/герніоалопластика з ССІ.

Внутрішньочеревний тиск (ВЧТ) вимірювали трансвезикально [6, 10], здійснюючи його під час та після закінчення об'ємних операцій з ДЛЕ+ФЛЕП+АП і в наступну добу. Контрапертурне дренавання низьким вакуумом тривало зазвичай 1 добу; трубку видаляли після самостійного припинення виділень ексудату (на 2-3-й день), відміняли антибіотики за умови нормотермії оперованого також. Інтенсивність болю оцінювали за рейтинговою шкалою з 11 ступенів ("Pain Rating Scale") щоденно до 5 доби перед сном і до приймання анальгетиків [10]. Функціональні результати операцій відображали за критеріями доброї, задовільної та незадовільної оцінок, а якість життя вивчали методом "MOSSF-36" (Medical Outcomes Study-Short Form) з пакетом із 36-ти запитань у 8-ми шкалах. Показники кожної з них становили від 0 до 100 балів, де 100 означає повне здоров'я, а сукупність шкал загалом формують 2 кінцеві показники: душевне і фізичне благополуччя [1, 9]. З урахуванням виконаних одночасно з герніопластиками вдосконалених ДЛЕ(+ФЛЕП) і АП дослідження було доповнено вивченням естетичного результату (ER) для відображення самосприйняття пацієнтами вигляду оперованої зони, ефективності усунення ГВД живота і якості стану рубця. Комп'ютерну обробку результатів виконано з програмним пакетом "Statsoft Statistica"; різницю середніх показників вважали статистично достовірною при $p < 0,05$ [1].

Результати досліджень та їх обговорення. Після сумісних виконань вдосконалених ДЛЕ(+ФЛЕП) і АП разом із герніопластиками у пацієнтів ОГ, зо-

крема з великими грижами, летальних випадків і рецидивів не було, що свідчило про безпеку цих втручань навіть в умовах допустимих параопераційних ризиків. Лише в 1 хворій з великою мезогіпогастральною ПОВГ (МЗ/ВЗ за Chevrel-Rath, 1998), ожирінням III ст., гіпертонічною хворобою ПА ст. і цукровим діабетом 2В типу – після виконаної їй ДЛЕ+ФЛЕП, герніоалопластики (ГАЛП) sublay-розміщеною проленовою сіткою та АП впродовж тижня в зоні ГАП спостерігали інфільтрат, який усунули консервативно. Отже, констатація суттєвого зменшення (з 25 % до 2 %, $p < 0,05$) місцевих ускладнень після впровадження нової тактики одночасних з грижопластиками прорахованих ДЛЕ(+ФЛЕП) і АП у герніологічних хворих із НПТ і ГВД спонукала до детальніших клініко-патогенетичних обґрунтувань.

Раціональні об'єми видалень ПНТ, що встановлені на підставі результатів порівняльних вимірювань грижової та інтактної ділянки ПБЧС у хворих на "латерально-бічні" грижі в 2ПОГ, наведені алгоритмом з конкретними прикладами в таблиці 2. У таких 2-х різних грижозносіїв об'єм V випинання і герніогенний V*-надлишок встановили за різницею об'ємів тканин між їх грижозною і симетричною інтактною ділянками. Отже, у хворої зі здухвинно-паховою ПОВГ середнього розміру V* склав 99 см³ (+18 % "додаткових" тканин порівняно з симетричною ділянкою), а у пацієнта з параректальною ПОВГ на тлі ожиріння III ст. V* був 397 см³ (+25 % "надлишку" проти значень симетричної параректальної ділянки). Необхідно зазначити, що виразність ДЛРС після

З ДОСВІДУ РОБОТИ

Таблиця 2. Алгоритм і результати порівняльних вимірювань парагерніальних тканин у хворих з “латерально-бічними” грижами

Характер змін ПБЧС пацієнток і метричні характеристики	Ділянки ПОВГ і ГВД “латерально-бічних” локалізацій ПБЧС		Симетричні (інтактні) ділянки ПБЧС без гриж і ГВД	
	здухвинно-пахова ПОВГ середн. розміру (з ДЛРС)	параректальна нижня ПОВГ середн. розміру (без ДЛРС)	протилежна здухвинна ділянка	протилежна параректальна ділянка
Товщина складки (см)	6	9	5	7
Висота складки (у см, штанг.)	7,2	10,1	6	8
УЗ-висота ГД (см)	6,5	8,8	5,5	7,5
Два основні діаметри випинання (см)	10/13	14/16	–	–
Площа випинань (см ²)	102	176	/102	/176
V – об’єм тканин (см ³)	660	1550	/561	/1153
*V – надлишок (см ³ (%))	+99 (18 %)	+397 (25 %)	–	–

*Примітка: *V – “додатковий” (герніогенний) об’єм парагерніальних тканин за результатами порівняльних вимірювань ділянок з ГВД і / симетричної контрлатеральної ділянки ПБЧС.

загоєнь ран від попередніх операцій у цих хворих суттєво відрізнялись. У випадку з ПОВГ у хворого після параректальної лапаротомії (за анамнезом краї спігелієвої лінії були зшиті недуплікатурно мононитками PDS/0), її загоєння сталося первинним натягом і грижа сформувалась майже в асептичних умовах. Тому ДПФЗ/ДЛРС тут були практично відсутні не потребуючи додаткової уваги при розрахунках V*. Така необхідність виникла в іншої хворої на здухвино-пахову ПОВГ з виразною надапоневрозною ДЛРС (результат нагноєння операційної рани зі вторинним її загоєнням) і об’ємні параметри значного підшкірно-рубцевого стоншення були тут додатково відраховані.

В разі ж первинних “серединних” гриж в 1ПОГ та при “серединно-парамедіанних” ПОВГ, коли для зіставлень симетрична ділянка ПБЧС відсутня анатомічно, парагерніальні виміри ЧС також проведено за вказаним в таблиці 2 алгоритмом, але їх V* встановлено за допомогою розрахункових коефіцієнтів герніогенних надлишків для різних гриж, які ми розробили [1]. При грижах середніх розмірів значення коефіцієнта для визначення герніогенного V* знаходиться в діапазоні 0,15–0,25; для великих гриж – 0,25–0,35. Усереднені їх величини – 0,2 і 0,3 (відповідно для середніх і великих) значно спростили процедуру визначень *V. Як приклади: доопераційно розрахований *V-надлишок над колишньою білою лінією живота у хворої з

підпупковою ПОВГ середнього розміру і ожирінням І ст. (коефіцієнт 0,2) був 138 см³, а у хворій з великою гіпогастральною ПОВГ (після 2 кесаревих розтинів в анамнезі) і ожирінням III ст. (коефіцієнт 0,3) встановлений таким шляхом *V склав 1454 см³ (1610 см³ мінус об’єм ДЛРС). Після виконань ДЛЕ+ФЛЕП в обох пацієнток отримано підтвердження цим розрахункам прямими зважуваннями видалених препаратів ЛДК близькими значеннями. За даними УЗД також встановлено, ПНТ різного ступеня виразності та глибини мають практично всі хворі ОГ, в тому числі при малопомітних в умовах ожиріння ЧС малих грижах. Тому у 4-х таких пацієнтів доопераційно використали розрахунковий коефіцієнт 0,1 і виконані ГАП з “мінімальними” ДЛЕ/ФЛЕП. Еліпсо-човноподібна форма (“байдарка”) висічення надала оптимальні інтраопераційні умови для візуально-контрольованих видалень НПТ блоком під час більшості ГАП. А півмісяце-човноподібні висічення ЛДК (“каное”, “nike”) визнані раціональними при серединно-парамедіанних грижах підпупково-гіпогастральних локалізацій, сполучених із вентроптозом.

Результати вивчення впливів сумісно виконаних ДЛЕ(+ФЛЕ) з АП у ГП при НГВД показало, що як самостійна операція з такими складовими (табл. 1) вони не викликають площинної редуції МАШ і достовірних підвищень ВЧТ (63±9 мм вод. ст. відносно референтного діапазону 50–70 мм вод. ст., p>0,05).

Це ж саме було причинним фактором констатованої в ГП невиразності (3–4 бали з 11) та нетривалості (2–3 доби) післяопераційного болю за шкалою PRS [10]. Тому ДЛЕ+ФЛЕП з АП і як додаткові етапи до герніопластик в ОГ також не впливали негативно на коливання ВЧТ (76 ± 11 мм вод. ст., $p > 0,05$) і суттєво не обтяжували “типовий” (до 6 балів) больовий синдром, зумовлений переважно хірургічним закриттям апоневрозного дефекту [10]. Навпаки, одночасні ДЛЕ/ФЛЕП+АП у поєднанні з різними герніопластиками (ГМТ, ГАЛП) забезпечували позитивний механічно-компресійний вплив на МАШ створенням ефекту її локального “бандажування” зони пластики з’єднаними поверх неї м’якими тканинами без залишеного їх надлишку. А досягнута таким способом щільність площинного контакту між поверхневим шаром ПБЧС і зоною апоневрозної пластики дала змогу уникнути рідинних скупчень. Це сприяло й значному зменшенню потреб у використанні після операцій з ДЛЕ/ФЛЕП+АП протизапально-знеболювальних ліків і антибіотиків, а також коштовних вакуумно-дренажних пристроїв і тривалих моніторингувань ВЧТ.

Добрий функціональний результат після однорічних спостережень в ОГ ($n=56$) мали 52 оперованих зі ДЛЕ/ФЛЕП+ГАП грижосієв; задовільний – 4 (у вигляді пігментації рубця або/та дискомфорту в зоні імплантації сітки); незадовільних не було. Середні показники якості їх життя в балах, що зіставлені з такими обстежених нами 30-х респондентів з ожирінням після різних грижосічень-герніопластик ПБЧС без виконання їм ДЛЕ, ФЛЕП і АП (“стандартно оперований контроль”), такі. Бали “фізичного функціонування” в ОГ – 92 зі 100 можливих (проти 85 балів у контролі), а решта інших були такими: “рольове функціонування” – 91 (80); “виразність болю” – 18 (24); “загальне фізичне здоров’я” – 71 (62); “енергійність” – 84 (74); “соціальне функціонування” – 87 (67); “емоційно-рольовий стан” – 93 (69); “психічне здоров’я” – 91 (79), “естетичний результат” – 95 (72). Останній показник було визначено після річного самоаналізу пацієнтами ефективності усунення деформації живота і оцінки стану рубця. Отже, в ОГ суттєво ($p < 0,05$) відрізняються в кращий бік майже всі показники якості життя оперованих. Цей позитивний вплив відображено, насамперед, у сумарних показниках ментального здоров’я, а емоційний фон у них значно покращився, зокрема завдяки естетичним ефектам одночасно виконаних їм ДЛЕ/ФЛЕП+АП для усунення ГВД. “Загальнооздоровчий” внесок видалень надлишкового жиру ПБЧС у огрядних хворих [7] відображено в балах “фізично-рольового” і “соціального функціонування”. Незначною

проти стандартно оперованого “контролю” є лише середня різниця показників “виразності болю” – 18 проти 24 ($p > 0,05$). Але інтенсивність болю перспективно може бути зворотно зумовленою і впливом естетичного “самосприйняття оперованої зони” на настрої, психічний стан і мотивації хворого після усунення ГВД, які пов’язані з функціонуванням його протибольової ендорфін-опіоїдної системи [10]. Варто зазначити, що завдяки досягнутим естетичним результатам, показники стану здоров’я та якості життя стали значно вищими, насамперед, в огрядних жінок, яким прорахованими ДЛЕ/ФЛЕП з ГАП істотно покращили й форму живота [1, 8].

Обговорення. Дослідження вдосконалення хірургічного лікування гриж суттєво покращили клінічні результати і якість життя різних герніологічних хворих із ПБНТ, прооперованих з одночасними ДЛЕ(+ФЛЕП) за сформульованим нами уточненим принципом виконання ГАП – “без натягів і надлишків тканин”. Його здійснено шляхом дозованого видалення зайво-баластних і патологічно змінених парагерніальних тканин, що виконані разом з різними герніопластиками (ГМТ або/та ГАЛП), дали змогу не тільки усунути ГВД, а й суттєво запобігнути місцевим післяопераційним ускладненням (з 25 до 2 %, $p < 0,05$). Дотримання принципу виявилось коректним і при виконанні “естетичних” АП як самостійної операції при НГВД в умовах АО, оскільки передбачало редукційну реконструкцію збільшеного м’якотканинного сегмента ПБЧС. Отримані результати дали змогу пропонувати створені в роботі алгоритми патометричних оцінювань ПБЧС і тактику сумісного виконання прорахованих ДЛЕ(+ФЛЕ) з АП – як доцільні доповнення до операцій у хворих із констатованими ПНТ.

Висновки. Виконання герніо- і абдомінопластик разом із прорахованими ДЛЕ(+ФЛЕП) є раціональним принципом хірургічного лікування хворих із зовнішніми грижами і НГВД в умовах НПТ, що поєднує реконструктивно-відновне втручання на дефектному МАШ і в диспластично та патологічно зміненому м’якотканинному сегменті ПБЧС. Сукупний ПНТ при сформованих зовнішніх грижах має переважно надапоневрозну локалізацію та метричні характеристики, що визначаються за розмірами грижі, виразністю оточуючих жировмісних тканин і поширенням фіброзно-рубцевих змін у складі вентрального випинання. Парціальний об’єм герніогенного надлишку в ньому при середніх розмірах гриж складає 15–25 % з усередненим розрахунковим коефіцієнтом 0,2, при великих – 0,3 (25–35 %) і при малих грижах на тлі АО – 0,1. При оперуванні хворих на грижі з констатованими ПНТ

З ДОСВІДУ РОБОТИ

доцільною є тактика одночасних з апоневрозними герніопластиками ДЛЕ(+ФЛЕП) і АП з застосуванням уточненого принципу виконання ГАП – “без натягів і надлишків тканин”. Коректне його використання дає змогу знизити до 2 % ($p < 0,05$) частоту локальних ускладнень, потреби в антибіотиках та протизапальних ліках, а також тривалих дренажувань і моніторингах ВЧТ. Доповнення герніопластик

прорахованими ДЛЕ/ФЛЕП з АП у пацієнтів з патометрично оціненими ПНТ позитивно впливає на якість їх життя і здоров'я, психоемоційний стан (93 бали проти 69 “стандартно” оперованих грижоносців з ожирінням ПБЧС; $p < 0,05$) та забезпечує кращий лікувально-естетичний ефект (95 балів проти 72; $p < 0,05$), зокрема завдяки одночасно виконаній корекції форми живота.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Кот А. О. Симультанна дермліпектомія при хірургічному лікуванні хворих на грижі з абдомінальними проявами ожиріння: матеріали XXIV з'їзду хірургів до 100-річчя А. О. Шалімова. – Київ, 2018. – С. 90–94.
2. П'ятночка В. І. Аналіз місцевих та загальних ускладнень при лікуванні первинних та післяопераційних вентральних гриж / В. І. П'ятночка, І. Я. Дзюбановський, А. М. Продан // Вісник наукових досліджень. – 2018. – № 4. – С. 66–73.
3. Егиев В. Н. Проблемы и противоречия «ненатяжной» герниопластики / В. Н. Егиев, Д. В. Чижов // Герниология. – 2014. – № 4. – С. 3–7.
4. Иванов И. И. Нарушение строения соединительнотканых структур передней брюшной стенки у пациентов с вентральными грыжами / И. И. Иванов, В. В. Лазаренко, Г. И. Иванов // Новости хирургии. – 2014. – Т. 22, № 22. – С. 533–538.
5. Сурков Н. А. Ультразвуковая диагностика состояния поверхностных тканей передней брюшной стенки в реконструктивной и эстетической хирургии / Н. А. Сурков, А. В. Гущин,

- В. Г. Владимиров // Клинический вестник. – 2015. – № 1. – С. 71–74.
6. Tran N. V. Tissue expansion assisted closure of massive ventral hernias / N. V. Tran, P. M. Petty, U. Bite // Coll. Surg. – 2003. – No. 196. – P. 484–488.
7. Панчук О. В. Ліпоабдомінопластика в корекції дефектів черевної стінки / О. В. Панчук // Хірургія України. – 2018. – № 4. – С. 13–17.
8. Спосіб реконструктивної герніоабдомінопластики. Патент України № 87345 / А. О. Кот, А. О. Христуленко, О. Г. Кот. – 2016.
9. Шамсиев А. М. Хирургическое лечение больных вентральными грыжами с сопутствующим ожирением / А. М. Шамсиев, С. С. Давлатов // Шпитальна хірургія. Журнал імені І. Я. Ковальчука. – 2016. – № 1. – С. 78–83.
10. Кос М. Cooling for preduction of postoperative pain: prospective randomized study / М. Кос, М. Tez // Hernia. – 2006. – No. 10 (2). – P. 184–186.

REFERENCES

1. Kot, A.O. (2018). Simultanna dermlipektomia pry khirurhichnomu likuvanni khvorykh na gryzhi z abdominalnymy proiavamy ozhyrinnia [Simultaneous dermlipectomy during surgical treatment patients with hernia and abdominal obesity]. *Materialy XXIV zizdu khirurhiv – Materials of XXIV Congress of Surgeons*. Kyiv [in Ukrainian].
2. Piatnochka, V., Dziubanovskiy, I., & Prodan, A. (2018). Analiz mistsevykh ta zahalnykh uskladnen pry likuvanni pervynnykh ta pisliaoperatsiinykh ventralnykh gryzh [The analysis of local and general complications during treatment of primary and post-operative hernias]. *Visnyk naukovykh doslidzhen – Bulletin of Scientific Research* 18 (4), 66-73. DOI: 10.11603/2415-8798.2018.9621 [in Ukrainian].
3. Yegiyev, V.N., & Tchijov, D.V. (2014). Problemy i protivorechiya "nenatyazhnoy" gernioplastiki [The problems and antagonisms of “tension-free” hernioplasty]. *Gerniologiya – Herniology*, (14) 4, 3-7 [in Russian].
4. Ivanov, I.I., Lazarenko, V.V., & Ivanov, G.I. Narusheniye stroyeniya soyedinitelno-tkannykh struktur peredney bryushnoy stenki u patsiyentov s ventralnymi gryzhami [Disorders of fibrous-tissues structures in the abdominal wall to patients with ventral hernias]. *Novosti khirurgii – News of Surgery*, 22 (22), 533-538 [in Russian].
5. Surkov, N.A., Guschin, A.V., & Vladimirov, V.G. (2015). Ul-

- trazvukovaya diagnostika sostoyaniya poverkhnostnykh tkaney peredney bryushnoy stenki v rekonstruktivnoy i esteticheskoy khirurgii [Ultra-sound diagnostic superficial tissues states of abdominal wall in recovery and esthetic surgery]. *Klinicheskii vestnik – Clinical News*, (15) 1, 71-74.
6. Tran, N.V., Petty, P.M., & Bite, U. (2003) Tissue expansion assisted closure of massive ventral hernias. *Coll. Surg.*, 196, 484-488. DOI: 10.1016/S1072-7515(02)01896-3
7. Panchuk, O.V. (2018) Lipoabdominoplastika v korektsii defektiv cherevnoi stinky [Lipo-abdominoplasty in correction of abdominal wall defects]. *Surgery of Ukraine* (4), 13-17. DOI: 10.30978/SU2018-4-13 [in Ukrainian].
8. Kot, A.O., Khristulenko, A.O., & Kot, O.G. (2016). Sposib rekonstruktyvnoi hernioabdominoplastyky – Promyslova vlasnist 2016 [Method of reconstructive hernio-abdominoplasty]. Patent of Ukraine No. 87345 [in Ukrainian].
9. Shamsiyev, A.M., & Davlatov, S.S. (2016). Khirurgicheskoye lecheniye bolnikh ventralnymi grizhami s soputstvuyushchim ozhireniyem [Surgical treatment of patients with ventral hernias and additional obesity]. *Shpytalna khirurgiia – Hospital Surgery*, (1), 78-83. DOI: 10.11603/2415-8798.2016-1-78 [in Russian].
10. Кос, М., & Tez, М. (2006). Cooling for preduction of postoperative pain: prospective randomized study. *Hernia*, 10 (2), 184-186. DOI: 10.1007/s10029-005-0062-2

Отримано 17.03.2022

Електронна адреса для листування: dr.andrei.kot@gmail.com

A. O. Kot

M. Pyrohov Vinnytsia National Medical University

DERMLIPECTOMY WITH HERNIOABDOMINOPLASTY – RATIONAL PRINCIPLE OF SURGICAL TREATMENT IN PATIENTS WITH HERNIAS AND VENTRAL EXCESS OF PARAHERNIAL TISSUES

The aim of the work: to evaluate the clinical effectiveness of dermlipectomy with hernioabdominoplasty during surgical interventions in patients with hernias and ventral excess tissues.

Materials and Methods. This study was performed based on the own results of paraoperative examinations and treatments of 67 adult patients in order to study intra-abdominal pressure, postoperative pain, ventro-metric, morphological and statistical methods.

Results and Discussion. The substantiated rational principle of operation in conditions of abdominal obesity and other ventral excesses of the abdominal wall is applied. It was established that the latter have mainly supra-aponeurotic location and metric characteristics corresponding to the size of the hernia, the severity of adipose and fibrous-scar tissues in their composition. Algorithms for their sono-ventrometric evaluation and dermo-fibrolipectomy simultaneous with hernioplasty have been developed. The use of tactics of preoperatively calculated interventions allowed to significantly reduce the frequency of local complications of hernio-abdominoplasty and improve the quality of life and health in different herniological patients.

Key words: hernias; ventral deformations; excess tissues; dermlipectomy, hernio-abdominoplasty.