

ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ВИКОНАННІ АБДОМІНОПЛАСТИКИ

I. В. Яцишин

Київський медичний університет УАНМ,
Київська міська клінічна лікарня № 1

PROPHYLAXIS AND TREATMENT OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS WHILE ABDOMINOPLASTY PERFORMANCE

I. V. Yatsyshyn

Пластика ПЧС — це об'ємне хірургічне втручання, після якого можливе виникнення різних ускладнень [1 — 3].

Найбільш часті найближчі місцеві післяопераційні ускладнення — це серома, гематома, ранова інфекція, крайовий некроз клаптя, неспроможність швів. За даними літератури, частота ускладнень після пластики ПЧС становить до 28,4% [4, 5]. Вона може збільшуватися за умови виконання операцій з приводу великих та гігантських, рецидивних гриж ПЧС на тлі ожиріння, наявності супутніх захворювань серцево—судинної чи ендокринної системи, а також різних захворювань органів черевної порожнини та малого таза [6].

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовані результати виконання абдомінопластики у 206 хворих, в тому числі 198 жінок та 8 чоловіків, віком від 22 до 71 року, у середньому 49,3 року (основна група) в клініці в період з 2007 по 2013 р., та 87 (контрольна група), оперованих до 2006 р. Вивчені найближчі післяопераційні ускладнення, розроблені методи їх профілактики. Частота ранніх післяопераційних ускладнень, які в цілому не вплинули на кінцевий естетичний результат, становила в основній групі — 8,74%, у контрольній — 27,6% (табл. 1).

Залежно від виду деформації ПЧС виділені 10 груп пацієнтів: 1—ша — деформація пупка та дряблість шкіри пупкової зони; 2—га — локальне накопичення підшкірної жирової клітковини (ПЖК) без дефектів м'язово—апоневротичної си-

Реферат

Проаналізовані результати виконання абдомінопластики у 206 хворих. Вивчені ранні післяопераційні ускладнення, розроблені методи їх профілактики. Мінімізація частоти місцевих ускладнень досягнута завдяки оцінці стану передньої черевної стінки, її ангіоархітектоніки, апаратному контролю PO_2 шкірно—жирового клаптя, раціональному поєднанню дермоліпектомії та ліпосакції, попередженню мікроциркуляторних розладів. При детальному аналізі віддалених, насамперед, естетичних результатів пластики передньої черевної стінки (ПЧС) ми дійшли висновку про необхідність оцінки стану навколишніх анатомічних утворень. Під час планування та здійснення пластики ПЧС слід брати до уваги товщину підшкірного прошарку лобка, бічних ділянок черевної стінки, таза та ребрових дуг, форму й положення ребрових дуг, особливо XII ребра, форму хребта. Такий підхід забезпечив підвищення естетичного рівня операції, зменшення частоти місцевих ускладнень, дозволив більш вірогідно прогнозувати кінцевий результат.

Ключові слова: передня черевна стінка; абдомінопластика; м'язово—апоневротична система; підшкірний прошарок.

Abstract

Results of abdominoplasty conduction in 206 patients were analyzed. Early postoperative complications are studied and methods of their prophylaxis are elaborated. Minimization of the local complications rate was achieved due to estimation of the anterior abdominal wall state, its angioarchitectonics, the apparatus control of PO_2 in cutaneous—subcutaneous flap, rational combination of dermolipectomy and liposuction, prophylaxis of microcirculation disorders. In detailed analysis of remote, first of all, esthetic results of the anterior abdominal wall plasty we have concluded about necessity of the state estimation of surrounding anatomic structures. While planning and conduction of the anterior abdominal wall plasty it is mandatory to take into account the pubis subcutaneous layer width, as well as lateral regions of abdominal wall, pelvis and costal arcs, the form and localization of costal arcs, especially of XII rib and a vertebral column form. Such approach have secured the operation esthetic level raising, reduction of local complications rate, permitted more trustworthy to prognosticate the outcome.

Key words: anterior abdominal wall; abdominoplasty; musculoaponeurotic system; subcutaneous layer.

стеми (МАС); 3—тя — дряблість шкіри з стріями в нижніх відділах ПЧС, гіпотрофією ПЖК; 4—та — локальне накопичення ПЖК з вираженою дряблістю шкіри та численними стріями без дефектів МАС; 5—та — локальне накопичення ПЖК з дефектами МАС; 6—та — поєднання слабості МАС та тотального накопичення ПЖК (куполоподібний живіт); 7—ма — птоз живота з формуванням надлобково—пахвинної складки у вигляді "фартуха"; 8—ма — рубцева деформація ПЧС, зумовлена

раніше виконаними операціями та надмірним нерівномірним накопиченням ПЖК; 9—та — рубцева деформація ПЧС, зумовлена раніше виконаними операціями та нерівномірним накопиченням ПЖК, ускладнена різними видами грижі ПЧС; 10—та — анатомо—функціональні та естетичні дефекти ПЧС в поєднанні з хронічними хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини. Залежно від виду деформації і відповідної хірургічної корекції, ми аналізували післяопе-

Таблиця 1. Аналіз післяопераційних ускладнень

Ускладнення	Кількість спостережень у групах			
	контрольній (n=87)		основній (n=206)	
	абс.	%	абс.	%
Серома	10	11,5	9	4,4
Крайовий некроз	6	6,9	5	2,4
Розходження швів	2	2,3	1	0,49
Зміщення пупка та його некроз	4	4,6	2	0,97
Флебіт вен нижніх кінцівок	2	2,3	1	0,49
ТЕЛА	0	0	0	0
Разом ...	24	27,6	18	8,74

раційні ускладнення та розробили відповідні профілактичні заходи.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У пацієток перших чотирьох груп, у яких відзначали деформацію ПЧС переважно естетичного плану, що проявлялося дряблістю шкіри внаслідок дистрофії дерми, гіпотрофією або нечітко вираженою ПЖК, без дефектів МАС та супутніх соматичних захворювань, ускладнень не було.

У 5—й групі за локального накопичення ПЖК та наявності дефектів МАС в 1 (0,49%) пацієнтки виникла серома.

У 6—й групі післяопераційні ускладнення виникли у 4 (1,94%) хворих: серома — у 2 (0,97%), крайовий некроз клаптя — в 1 (0,49%), крайовий некроз пупка — в 1 (0,49%).

Після хірургічного лікування пацієнтів, віднесених до 7—ї групи, ускладнення виникли у 3 (1,46%): серома, крайовий некроз клаптя та тромбоз глибоких вен нижньої кінцівки виявлені по 1 (0,49%) спостереженню.

У 8—й групі післяопераційні ускладнення виявлені у 3 (1,46%) хворих: розходження швів — в 1 (0,49%), крайовий некроз клаптя — у 2 (0,97%).

Після втручання у 9—й групі ускладнення виникли у 6 (2,91%) хворих: серома — у 4 (1,94%), що пов'язане з надапоневротичною (on lay) фіксацією поліпропіленової сітки, в подальшому, при здійсненні пластики апоневрозу за методикою sub lay таких ускладнень вдалося уникнути; крайовий некроз пупка — в 1 (0,49%), крайовий некроз клаптя — в 1 (0,49%).

В 10—й групі після виконання дермоліпектомії під час втручання з приводу хронічних хірургічних захворювань органів черевної порожнини (хронічний калькульозний холецистит, фіброміома матки) серома виникла в одного хворого, що свідчить про доцільність здійснення симульганних операцій за наявності анатомо—функціональних змін ПЧС. Використання такої тактики дозволяє вирішити одночасно кілька проблем: попередити виникнення ускладнень, зумовлених наявністю супутніх захворювань, зменшити тривалість лікування хворого у стаціонарі, усунути ризик здійснення повторного оперативного втручання.

Важливу роль у виникненні післяопераційних ускладнень при хірургічному лікуванні деформації та дефектів ПЧС відіграють вихідні фізіологічні чи патологічні зміни МАС, стан ПЖК, ступінь ожиріння, наявність супутніх соматичних захворювань, які ми спостерігали у пацієнтів 5 — 9—ї груп.

З 18 (8,74%) хворих, у яких виникли ранні післяопераційні ускладнення, в 1 (5,6%) — відзначена надмірна маса тіла, у 17 (94,4%) — виявлене ожиріння різного ступеня, в тому числі у 3 (16,7%) — I ступеня, у 6 (33,3%) — II ступеня, у 8 (44,6%) — III ступеня, тобто, у міру збільшення ступеня ожиріння збільшувалася частота ускладнень. Отже, пацієнти з ожирінням становлять групу підвищеного ризику виконання оперативного втручання.

Крайовий некроз шкірно—жирового клаптя спричинений неадекватним кровопостачанням тканин внаслідок його відшарування від апоневрозу на великій площі та пе-

ресічення живлячих артеріальних судин, надмірного натягнення клаптів під час їх зіставлення, грубих маніпуляцій на тканинах під час операції. Вважаємо обов'язковим ретельне планування техніки оперативного втручання з метою уникнення дефіциту ПЖК під час зіставлення країв операційної рани та недопущення їх перерозтягнення. Для попередження порушення кровопостачання внаслідок перерозтягнення відсепарованого верхнього клаптя під час операції та в ранньому післяопераційному періоді хворі мають перебувати у позиції з напівзігнутих тулубом. За поверхневого некрозу клаптя слід змінити шви через 3 — 4 тиж, поступово видаляючи ділянки нежиттєздатних тканин. При цьому епітелізація відбувається під струпом. При некрозі шкіри і ПЖК після обмеження лінії демаркації проводили некректомію, після очищення рани наклали вторинні шви. Якщо при цьому формувалася грубий післяопераційний рубець або він мав естетично незадовільний вигляд, його видаляли (як правило, через 6 міс), пошарово зшивали краї рани або здійснювали мікродермабразію шва. Це забезпечувало кращий естетичний вигляд рубця.

Основними причинами виникнення ранової інфекції та неспроможності швів є також широка мобілізація ПЖК від апоневрозу, пошкодження кровоносних і лімфатичних судин, що є тяжкою операційною травмою, особливо на тлі пригнічення імунітету та цукрового діабету. Профілактику ранової інфекції проводимо як місцеву, так і загальну. Місцева профілактика передбачає неодноразове промивання рани під

Таблиця 2. Безпосередні (1 – 30 діб) результати хірургічного лікування хворих

Показники якості операції	Результат					
	хороший		задовільний		незадовільний	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Контури ПЧС	141	69,45	59	28,65	6	2,9
Розміри та локалізація рубця	135	65,5	63	30,58	6	2,9
Ускладнення у вигляді порушення анатомічних орієнтирів	–	–	17	8,25	4	1,94
Ускладнення у вигляді сероми	–	–	4	1,94	5	2,43
Ускладнення у вигляді некрозу	–	–	2	0,97	5	2,4
Залишкова деформація, втягнення	–	–	37	17,96	6	2,9

час операції розчином антисептика (декасан 0,02%), постійне обкладання ПЖК вологими серветками, що запобігає її пересиханню. Загальна профілактика рановій інфекції передбачає введення під час премедикації, за 30 хв до операції та в середині операції антибіотика цефалоспоринового ряду — цефтріаксону в дозі 1 г чи залежно від маси тіла.

Основною причиною виникнення сероми є утворення під час операції обширних ранових поверхонь, які нещільно прилягають одна до одної та зміщуються під час руху. За недостатнього прилягання ранових поверхонь запальний екссудат, що утворюється при їх зміщенні, накопичується в рані та переміщується під силою тяжіння в нижні відділи рани. Вірогідність виникнення сероми значно збільшується у пацієнтів за значної товщини ПЖК, а також виконання ліпосакції через основну рану (під час абдомінопластики). Для попередження утворення сероми здійснювали такі заходи: ретель-

ний гемостаз під час операції, максимального адекватного розташування відсепарованого клаптя на МАС ПЧС, при необхідності — фіксацію лоскута до апоневрозу вузловими швами, створення рівномірних за товщиною верхнього та нижнього країв рани, адекватне дренивання надапоневротичного простору, обов'язкове застосування після операції компресійного бандажа, який, створюючи помірну компресію, надійно фіксує і притискає відсепарований клапоть. Безпосередні результати, наведені у *табл. 2*, оцінювали на думку хірурга.

ВИСНОВКИ

1. Мінімізація частоти місцевих ускладнень досягнута завдяки оцінці стану ПЧС, її ангіоархітектоніки, апаратного контролю PO₂ шкірно—жирового клаптя, раціональному поєднанню дермоліпектомії та ліпосакції.

2. Більшість ускладнень, що виникають після виконання абдоміно-

пластики (порушення мікроциркуляції, гаматома, серома), є транзиторними, проте, потребують обов'язкового проведення заходів з профілактики та адекватного своєчасного лікування.

3. При детальному аналізі віддалених, насамперед, естетичних результатів абдомінопластики ми дійшли висновку про необхідність оцінки стану тканин, товщини ПЖК лобка, бічних поверхонь таза та ребрових дуг, форми та положення ребрових дуг, особливо XII ребра, форми хребта.

Такий підхід до планування та виконання пластики ПЧС забезпечив підвищення естетичного рівня операції, зменшення частоти місцевих ускладнень, дозволив більш вірогідно прогнозувати кінцевий результат.

ЛІТЕРАТУРА

1. Мішалов В. Г. Досвід виконання естетичних абдомінопластик та оцінка їх ефективності / В. Г. Мішалов, В. В. Храпач, О. В. Балабан // Вісн. наук. досліджень. — 2000. — № 4. — С. 84 — 86.
2. Mataraso A. Liposuction as an adjunct to full abdominoplasty / A. Mataraso // Plast. Reconstr. Surg. — 1995. — Vol. 95. — P. 829.
3. Pollock H. Progressive tension sutures in abdominoplasty / H. Pollock, T. Pollock // Clin. Plast. Surg. — 2004. — Vol. 31. — P. 583 — 589.
4. Алишанов С. А. Предоперационный комплекс профилактики осложненной абдоминопластики / С. А. Алишанов, К. Г. Абалмасов // Анналы пласт., реконстр. и эстет. хирургии. — 2006. — № 4. — С. 38 — 39.
5. Dillerud E. Abdominoplasty combined with liposuction (letter; comment) / E. Dillerud // Ann. Plast. Surg. — 1991. — Vol. 27, N 2. — P. 182 — 186.
6. Значение абдоминопластики в хирургии передней брюшной стенки / У. А. Курбанов, С. М. Джанобилова, Ф. Ш. Рашинов, А. А. Давлатов // Анналы пласт., реконстр. и эстет. хирургии. — 2006. — № 3. — С. 40 — 47.

