

Proc West Pharmacol Soc 2004, (47):84-87

27. Schenker M., Kraftsik R., et al. Thyroid hormone reduces the loss of axotomized sensory neurons in dorsal root ganglia after sciatic nerve transection in adult rat. *Exp Neurol* 2003, 184(1): 225-236

28. Sittel C., Sittel A., Guntinas-Lichius O., et al. Bell's palsy: 10-year experience with antiphlogistic-rheologic infusion therapy. *Am J Otol* 2000, 21(3):425-432

29. Tetzlaff J.E., Huppenbauer C.B., et al. Motoneuron injury and repair: New perspectives on gonadal steroids as neurotherapeutics. *J Mol Neurosci* 2006

30. Wilson A.D., Hart A.M., et al. Primary sensory neuronal rescue with systemic acetyl-L-carnitine following peripheral axotomy. A dose- response analysis. *Br J Plast Surg* 2003, Dec; 56(8):732-739

Хулоса

МАВОДИ ДОРУВОРИИ БА БАРКАРОРСОЗИИ АСАБҶОИ КАНОРӢ ТАЪСИРБАХШАНДА

К.П. Ортиқов, Р.А. Раҳмонов, В.А. Савелев

Мақолаи мазкур хусусияти чамъбасти дорад. Дар он тафсири маълумотҳо дар бораи доруҳое, ки муттасил дар тадқиқотҳои озмоишӣ ва таҷрибаи сарирӣ дар илочи осебҳои асаббеморӣ истифода мешаванд, баррасӣ мегардад.

Хулосаҳои асосноки муаллифон имконияти медиҳад, ки тарзи дурусти табобати беморони осеби садамавии асабҳои канорӣ бештар хубтар ба роҳ монда шавад.

Summary

MEDICINES INFLUENCING ON REGENERATION OF PERIPHERIAL NERVES

K.P. Artykov, R.A. Rahmonov, V.A. Savelyev

In the article the results of treatment by the oftenst used medicines in experiments and clinical practice under traumatical neuropathies were observed. The date allow to clinical physicians to choose just approach to treatment the patients with after-effects of traumatical injures of peripheral nerves.

ХИРУРГИЯ

АБДОМИНОПЛАСТИКА У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ РУБЦАМИ НА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКЕ

У. А. Курбанов, А.А. Давлатов, С.М. Джанобилова

Кафедра хирургических болезней №2

Введение. Состояние передней стенки живота играет важную роль в формировании внешности и осанки, характеризует общее здоровье, свидетельствует о перенесённых оперативных вмешательствах, физической тренированности и вообще о качестве жизни пациента, что имеет огромное значение для современного человека.

Грубые рубцовые деформации передней брюшной стенки (ПБС) после оперативных вмешательств, выполненных как в экстренном, так и в плановом порядке, зачастую являются причиной анатомо-функциональной недостаточности (АФН) передней брюшной стенки [1-5]. При выполнении операций на брюшной полости вследствие осложнённого процесса заживления послеоперационных ран, нередко образуются грубые деформирующие, болезненные рубцы неправильной формы, с изъязвлениями и свищами, становясь источниками хронических инфекций и послеоперационных грыж. Это в свою очередь приводит к психическим переживаниям, развитию комплекса неполноценности и обесценивает в сознании больных их

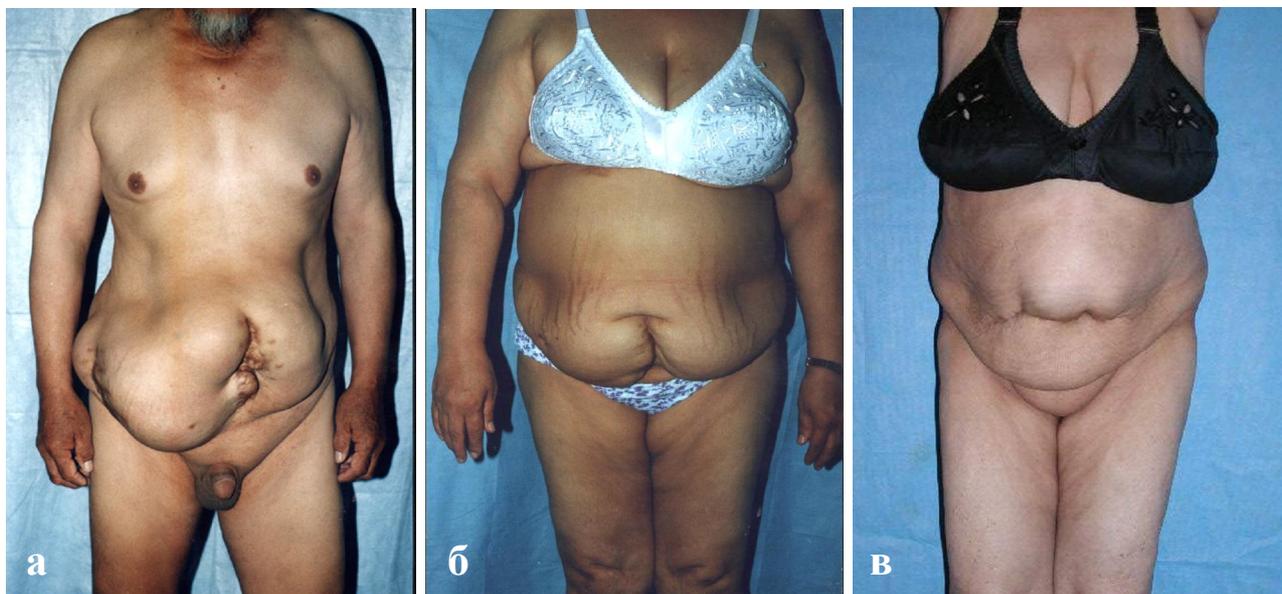


Фото 1. Больные М. (а), Г. (б) и Л. (в) с рецидивными грыжами и наличием грубых, деформирующих рубцов на ПБС.

собственную индивидуальность [2, 6-10]. Наличие послеоперационных рубцов и деформации ПБС создают большие проблемы при выполнении абдоминопластики и требуют индивидуального подхода при выборе операционного доступа.

Материалы и методы исследования. Мы располагаем опытом лечения 104 больных с АФН ПБС за период с 1995г по 2007г, которым была выполнена операция абдоминопластики. Различные послеоперационные деформирующие рубцы имели место более чем у половины больных. У 64 (61,5%) прооперированных на ПБС отмечалось 78 различных послеоперационных деформирующих рубцов. Следует отметить, что у 19 больных в анамнезе отмечалось по два-три оперативных вмешательства на животе, в связи с чем возникла грубая деформация живота (фото 1).

В таблице показана частота и локализация послеоперационных рубцов в различных отделах ПБС больных.

Таблица

Частота и локализация рубцов на передней брюшной стенке

Локализация рубца	Кол-во
Верхнесрединный	23
Нижнесрединный	22
Подвздошные области	25
Правое подреберье	5
Поперечный	3

В 40 (62,5%) случаях в области рубцов имели место послеоперационные грыжи. Послеоперационные вентральные грыжи отмечены у больных после операций на жёлчном пузыре и жёлчных протоках в 7 (17,5%) случаях, гинекологических операций – в 10 (25%), аппендэктомий – в 3 (7,5%), операций на кишечнике – в 3 (7,5%), операций по поводу вентральных рецидивных грыж – в 14 (35%), эхинококкэктомии – в 3 (7,5%) случаях. Также выявлено, что более чем у половины (22 случая - 55%) больных грыжи возникли после верхнесрединных разрезов. После операций нижнесрединным доступом грыжи имели место в 14 (35%) и доступом по Мак-Бернея - в 4 (10%) случаях.

Всем больным оперативное вмешательство выполнено с применением техники абдоминопластики. Наряду абдоминопластикой в 40 случаях выполняли грыжесечение с пластикой мышечно-апоневротического слоя ПБС, в 15 случаях - резекцию большого сальника, в 5 случаях – холецистэктомию, и по одному случаю – аппендэктомию, цистэктомию из яичника и перевязку маточных труб.

У 28 больных рубцы располагались выше уровне пупка, но у 14 из них рубцы распространялись и ниже пупка. У 36 пациентов рубцы локализовались только ниже уровня пупка – в правой или левой подвздошных областях, средней линии живота и после разреза по Пфанненштилю. Все рубцы, расположенные ниже пупка, входили в зону резекции и в ходе дермолипэктомии удалялись вместе с резецированным кожно-жировым фартуком. На выбор доступа эти рубцы не оказывали влияния, однако затрудняли ход операции в связи с плотным срастанием на мышечно-апоневротический слой, а при наличии грыж – на грыжевой мешок. Во всех этих случаях у 36 больных выполнен горизонтальный доступ по способу классической абдоминопластики.

Наличие деформирующих послеоперационных рубцов ПБС, расположенных выше пупка, ограничивало возможности в выборе доступа и нередко диктовало необходимость отклонения от стандартного горизонтального доступа классической абдоминопластики. Так, 23 больным с продольными рубцами выше пупка, горизонтальный разрез мы были вынуждены сочетать с вертикальным доступом.

С другой стороны, выполнение разреза в форме перевернутой буквы Т при абдоминопластике нарушало целостность кожно-жирового покровного лоскута, а, следовательно, и его кровообращение в ходе унтерминации. Определённые трудности возникали при выборе способа у 5 больных с наличием послеоперационного рубца в правой подреберной области. При этом ограничивались минимальной мобилизацией кожно-жирового лоскута в обеих подреберных областях во избежание возможного нарушения кровообращения в лоскуте.

Результаты и их обсуждение. Во время ближайшего послеоперационного периода наблюдали всех оперированных. У 88 (84,6%) больных его течение было гладким, раны зажили первичным натяжением, редон-дренажи удаляли на 5-7 послеоперационные дни, на 9-12 сутки после операции больные были выписаны под амбулаторное наблюдение.

В 16 (15,4%) случаях отмечалось развитие локальных осложнений в виде частичного краевого некроза кожи с жировым некрозом. Следует отметить, что эти осложнения развивались у 11 (47,8%) из 23 больных, которым выполняли Т-образный разрез из-за наличия продольного послеоперационного рубца по средней линии ПБС выше пупка. Если для сравнения взять использование поперечного разреза, выполненного 81 пациентке, то подобные осложнения наблюдаются лишь в 4 (4,9%) случаях.

Среди больных, у которых имелись рубцы в правом подреберье в одном случае из 5, несмотря на минимальную мобилизацию лоскута в краниальном направлении, развился краевой

некроз справа от средней линии.

Здесь важно упомянуть о хронических инфекциях, имеющих место в области послеоперационных рубцов в виде незаживающих язвочек на коже или инкапсулированных инфицированных нитей в более глубоких слоях. Так, несмотря на повышенное внимание в соблюдении правил асептики и антисептики, в том числе на назначение антибиотиков широкого спектра действия в интраоперационном и послеоперационном периодах, в области пересечения трёх лоскутов со слабым кровоснабжением, где развился инфаркт жировой ткани, может присоединиться инфекция. В этих случаях, на наш взгляд, не следует форсировать или расширять рану, чтобы не возникло её тотального нагноения. Заживление раны при данном осложнении значительно ухудшается и вместо 2 недель растягивается на 3-4. Для лечения краевого некроза мы использовали различные препараты, улучшающие заживление ран: куриозин, трипсин или химотрипсин, левомиколовую, метилурациловую, ируксоловую, бетаизодоновую мази. Опыт показывает, что наиболее предпочтительным является использование мази бетаизодона на основе йодинола немецкого производства, а в случаях с фиброзными налётами в ране следует сочетать данный препарат с ферментами (трипсином или химотрипсином). Эти препараты способствовали в два раза более быстрому очищению и сближению краёв раны. Так, консервативным путём краевого некроза, повлёкший за собой незначительное расхождение краёв раны, был вылечен у 12 из 16 больных, а у 4 возникла необходимость освежения краёв раны и наложения вторичных швов.

Отдалённые результаты в сроках более одного года изучены у 94 (90,4%) больных. Критериями оценки отдалённых результатов служили форма и контуры ПБС, состояние послеоперационного рубца, отсутствие «собачьих ушек», форма пупка, преодоление больными комплекса неполноценности, улучшение функции внутренних органов и отсутствие рецидива грыжи. Достижение всех оценочных критериев отмечалось у 76 (80,9%) наблюдавшихся больных, отдалённые результаты которых считали хорошими. Удовлетворительными были сочтены результаты в 18 (19,1%) случаях, в которых имели место относительно широкие рубцы (11) или «собачьи ушки» в области фланков (7).

Выводы

Послеоперационные рубцы на передней брюшной стенке влияют на выбор доступа при выполнении абдоминопластики. При наличии рубцов по средней линии выше пупка возникает вынужденная необходимость в применении Т-образного доступа, после которого отмечается большая частота осложнений в виде краевого некроза, что значительно реже встречается при горизонтальном (классическом) доступе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян А.А., Величенко Р.Э., Гогия Б.Ш. Хирургическая коррекция деформаций контуров передней брюшной стенки // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.* – 1999.- № 1.- С. 57-66
2. Адамян А. А., Величенко Р. Э. Медико-социальные аспекты пластики передней брюшной стенки // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.* – 1999.- № 2. – С. 41-48
3. Белоусов А. Б. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия. – СПб.: Гиппократ, 1998
4. Chaouat M., Levan P., Lalanne B., Buisson T et al. Abdominal dermolipectomies: early postoperative complications and long-term unfavorable results // *Plastic and reconstructive surgery.* – October, 2001. - Vol.108.

- № 5

5. Mayr, Martina., Holm, Charlotte., Hoffer, Eugen et. al. Effects of aesthetic abdominoplasty on abdominal wall perfusion: a quantitative evaluation // Plastic and reconstructive surgery. – November, 2004. - Vol.114. - № 6. – P. 1586-1594

6. Величенко Р. Э. Хирургическая коррекция контуров передней брюшной стенки // Автореферат канд. дисс. – 1999

7. Фёдоров Ю. Ю., Виссарионов В. А. Комплексная оценка медико-социальной эффективности эстетической абдоминопластики // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 2000. - № 1

8. Фёдоров Ю. Ю. Современная концепция абдоминопластики // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 2002. - № 4. – С. 114-115; Crestinu JM. Scarless infraumbilical abdominal lifting // Plastic and reconstructive surgery. – January, 1998. - Vol. 101. - № 1. – P. 205 - 214

9. Dabb RW, Hall WW, Baroudy M, Saba AA Circumferential suction lipectomy of the trunk with anterior rectus fascia plication through a periumbilical incision: an alternative to conventional abdominoplasty // Plastic and reconstructive surgery. – February, 2004. - Vol. 113. - № 2. – P. 727-732. - Discussion. 733-734

10. Matarasso, Alan., Wallach, Steven G., Rankin, Marlene., Galiano, Robert D. Secondary abdominal contour surgery: a review of early and late reoperative surgery // Plastic and reconstructive surgery. – February, 2005. - Vol.115. - № 2

Хулоса

ТАРМИМИ ДЕВОРАИ ШИКАМ ДАР БЕМОРОНИ ДОРОИ СКАРҶОИ БАЪДИЧАРРОҶӢ ДАР ҚИСМИ ПЕШИ ДЕВОРАИ ШИКАМ

У. А. Курбанов, А.А. Давлатов, С.М. Чанобилова

Дар гузориши худ муаллифон хусусиятҳои скарҳои баъдичарроҳии девораи пеши шикам, моҳияти онҳоро барои интиҳоби усули чарроҳӣ ва натиҷаҳои тармими девораи шикам таҳлил менамоянд.

Вобастагии интиҳоби усули буриш барои амалисозии чарроҳӣ ҳаматарафа таҳқиқ шуда, натиҷагирӣ мешавад, ки мавҷудияти скарҳои (хадша) аз ноф боло чойгир шуда натанҳо ба интиҳоби усули буриш, балки ба натиҷаҳои наздиктарини баъдичарроҳӣ таъсир мерасонад.

Дар ин ҳолатҳо аворизи мавзёи нисбат ба чарроҳии бо усули маъмулии тармими шикам (абдоминопластика) бештар мушоҳада мешавад.

Summary

ABDOMINOPLASTICS IN PATIENTS WITH POSTOPERATING SCARS OF FRONT ABDOMENWALL

U.A. Kurbanov, A.A. Davlatov, S.M. Janobilova

In the article the peculiarities and influence of postoperating scars on choose of methods and results of abdominoplastics were given. The dependence of choose of access under operations from presence of postoperating scars on front abdomenwall was analyzed manyaspectly. In was shown that the scars above umbilicus influenced not only on choose of cut, but also on direct results of the operations. In these cases local complications were more often than after classic abdominoplastics.