Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Красноярский Государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

КАФЕДРА

Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана

РЕФЕРАТ

Абдоминопластика – осложнения.

 Автор: Врач ординатор , специальность

 «Пластическая хирургия»

Новик Э.И.

Красноярск 2021

 Хирургическая коррекция передней брюшной стенки по своему объему и исполнению относится к довольно травматичным операциям и может сопровождаться различными осложнениями, профилактика которых должна начинаться накануне, проводиться в ходе и ближайшее время после оперативного вмешательства. Осложнения связаны с широкой мобилизацией кожно-жирового лоскута, наличием сопутствующей патологии соматического характера, зависят от реактивных способностей организма и послеоперационного изменения некоторых параметров гомеостаза [1, 2]. Частота осложнений абдоминопластики, общих и местных, может достигать до 30,8%, возрастая прямо пропорционально степени ожирения [3, 4, 5, 6]. Возникшие же осложнения, кроме эстетических и деонтологических, зачастую вызывают достаточно серьезные медицинские проблемы, угрожая здоровью и даже жизни. Зачастую хирурги испытывают трудности в подобных ситуациях, в том числе необоснованно отклоняются от выполнения требований стандартов современной хирургии в попытке восстановить доверие пациента, что еще более усугубляет положение.

 Наиболее опасным общим осложнением абдоминопластики является развитие развитие компартмент-синдрома после чрезмерно широкого ушивания апоневроза передней брюшной стенки с перегрузкой малого круга кровообращения и, как следствие этого, - отеком легких в результате значительного повышения внутрибрюшного давления. В двух случаях после абдоминопластики произошло развитие компартмент-синдрома, одна больная умерла. Более поздние общие осложнения связаны с гиподинамией пациента в течение первой недели после операции. Однако этот период может расшириться при развитии местных осложнений, что, в конечном счете, чревато развитием гипостатической пневмонии и даже тромбоэмболии легочной артерии. Основным методом профилактики этих осложнений является ранняя активизация пациентов.

 Снижению послеоперационных осложнений обеспечивается индивидуализацией техники абдоминопластики, применением горизонтальных разрезов, отказом от абдоминопластики в пользу дермолипэктомии при чрезмерном абдоминоптозе.

 Как и при любой общехирургической операции при абдоминопластике имеется риск местных осложнений:

- скопление тканевого экссудата в зоне абдоминопластики;

-кровотечение и образование гематомы;

-некроз кожного лоскута;

-инфицирование и нагноение;

- временная потеря чувствительности кожи;

-видимый гипертрофический рубец и другие.

 Наиболее часто встречаемое осложнение это – **сером**ы. По имеющимся данным, основной причиной развития серомы является недостаточная компрессионная иммобилизация, сопровождающаяся движениями брюшной стенки. При неплотном соприкосновении раневых поверхностей воспалительный экссудат, образование которого усиливается при движениях, скапливается в ране и перемещается под действием силы тяжести в нижние отделы раны, проявляясь притуплением перкуторного звука, припухлостью и флюктуацией. Важную роль в диагностике сером играет УЗИ, кроме того предоставляя информацию о положении дренажей и адекватности их функции, помогая принять решение о сроках их удаления [7, 8].

 Вероятность возникновения серомы существенно повышается у пациентов со значительной толщиной подкожной жировой клетчатки. Важную роль в развитии серомы может играть и выполнение липосакции через стенку основной раны в ходе абдоминопластики.

 Основными направлениями профилактики сером являются: использование тех способов абдоминопластики, которые не связаны со значительной отслойкой кожно-жировых лоскутов на передней брюшной стенке (напряженно-боковая или вертикальная); наложение в ходе операции дополнительных швов, фиксирующих глубокую поверхность кожно-жирового лоскута к поверхности апоневроза; отказ от обширной липосакции через стенку основной раны; достаточная послеоперационная иммобилизация тканей.

 Сторонники использования электроножа при пластике передней брюшной стенки считают, что метод позволяет предотвратить лимфоистечение из поврежденных лимфатических сосудов, исключает необходимость лигирования сосудов в зоне операции, значительно сокращает продолжительность операции [9]. Противники этого метода приводят доводы в пользу того, что использование электроножа сопровождается образованием локального ожога и увеличением экссудации жидкости в рану после операции с формированием сером [10].

 Иммобилизация обеспечивается: наложением на операционном столе специального компрессирующего бандажа, обеспечивающего относительную иммобилизацию тканей передней брюшной стенки; постельным режимом в течение первых суток после операции и ограниченным режимом движения в течение последующих 2 недель; сохранением позиции лоскутов при движениях и вертикальном положении тела пациентов за счет полусогнутого положения туловища.

 Своевременное удаление экстравазата является основным способом профилактики. Дренирование продолжают до тех пор, пока количество раневого экссудата в течение суток не станет меньше 30 мл, хотя в большинстве случаев проведение вакуум-терапии целесообразно лишь в течение первых 2 сут. после операции, ибо сами дренажи являются проводниками инфекции.

 Для снижения интенсивности серозного воспаления в послеоперационной ране предложены методы инжекционно-вакуумного и воздухоструйного дренирования, в том числе с местным использованием озона [11], проводят короткие курсы терапии цитостатиками, а также используют рентгеновское облучение [12]. Среди местных методов профилактики раневых осложнений важную роль играют физиотерапевтические процедуры. Традиционно используют электрическое поле УВЧ в слаботепловой дозе. Используется совместное применение УВЧ-терапии и ультрафиолетового облучения в эритемной дозе [13].

 Лечение серомы, как правило, осуществляется периодическим выполнением пункций полости с удалением избытка серозной жидкости. В сочетании с давящей повязкой это может дать результат, хотя повторные пункции могут потребоваться в течение длительного времени (3-5 недель). Однако такой подход может оказаться неэффективным при объемных серомах. В связи с тем, что разделенные жидкостью раневые поверхности остаются подвижными и не фиксируются друг с другом, дренируемая полость медленно заполняется грануляциями. У таких больных формируются псевдокистозные образования с выраженными рубцовыми стенками, деформирующими рельеф живота и вызывающие довольно интенсивную болезненность [14].

 **Гематома** –как ни странно, но это не такое уж частое осложнение, профилактикой которого является тщательная остановка кровотечения, ушивание раны без оставления значительных полостей и дренирование раневого пространства. С целью профилактики интра- и послеоперационных кровотечений, рекомендуется за 10 дней до операции не принимать аспирин, также следует отменить гормональные препараты за 6 недель до операции. В случае значительного объема геморрагического содержимого, проводится повторная операция для эвакуации гематомы.

 Одним из осложнений является **ишемический некроз краев раны**. Причинами некроза краев операционной раны являются: формирование слишком обширного лоскута на передней брюшной стенке, в результате чего кровоснабжение его края может оказаться недостаточным; наложение швов на кожу с натяжением, что может дополнительно снизить питание края лоскута ниже критического уровня; наличие послеоперационных рубцов на передней брюшной стенке, ухудшающих приток крови к краю сформированного лоскута.

**Краевые некрозы** лоскута. . Наиболее частой локализацией была нижнемедиальная часть абдоминального лоскута. Чаще предрасположен ы курильщики. Так же, этому может способствовать излишнее натяжение краев раны и недостаточная резгрузочная фасциальная фиксация лоскута.

Тщательная дооперационная подготовка, неширокая мобилизация кожно-жирового лоскута и отсутствие его натяжения, а также использование комбинированного разреза позволяют минимизировать риск некроза кожи и подкожной жировой клетчатки у пациентов, страдающих сахарным диабетом или гипертонической болезнью, а также в случаях ранее выполненных операций на передней брюшной стенке. Некоторые авторы для ранней диагностики ишемических осложнений во время пластики предлагают использовать допплеровское исследование [15].

 Одним из вариантов послеоперационного некроза тканей является некроз подкожной жировой клетчатки по краю отверстия, используемого для пластики пупка после транспозиции кожно-жирового лоскута или даже по краю послеоперационного шва . Причина может заключаться в излишнем затягивании кожных швов, фиксирующих края пупка к краям кожной раны и к апоневрозу брюшной стенки, в результате чего края кожи раны брюшной стенки смещаются вглубь. При значительной толщине подкожной жировой клетчатки и (или) ее недостаточном иссечении сдавление жировой клетчатки может привести к ее некрозу и последующему нагноению раны.

Список литературы

Сидоренков Д.А. Эстетическая хирургическая контурная пластика тела: автореф. дисс … д.мед.н. / Д.А. Сидоренков. – М., 2010. – 50 с.

Lee D. Concepts in Classical Abdominoplasty:Radical Surgery is More and Better / D. Lee, V. Noronha // Medical Bulletin. - 2008. - Vol.13, № 7. – P. 4-7.

An outcomes analysis and satisfaction survey of 199 consecutive abdominoplasties / J.M. Hensel, J.A. Jr. Lehman, M.P. Tantri [at al.] // Plast Surg. – 2001. – Vol.46, N 4. – P. 357-363.

Manassa E.H. Wound healing problems in smokers and nonsmokers after 132 abdominoplasties // E.H. Manassa, C.H. Hertl, R.R. Olbrisch // Plast. Reconstr. Surg. – 2003. – Vol. 111, N 6. – P. 2082-2089.

Алишанов С.А. Профилактика и лечение осложнений абдоминопластики: автореф. дисс. … канд.мед.н. / С.А. Алишанов // М., 2007. – 17с.

Jabaiti S.K. Risk Factors for Wound Complications Following Abdominoplasty / S. K. Jabaiti // American Journal of Applied Sciences. - 2009. - Vol. 6, N 5. – P. 897-901.

Mohammad J. A . Ultrasound in [he diagnosis and management of fluid collection complications following abdominopiasty / J.A. Mohammad, P.H. Warnke, W. Stavraky // Ann. Plast. Surg. – 1998. – Vol. 41, N 5. – P. 498-502.

Измайлов C. Г. Ультразвуковой метод контроля за течением раневого процесса в передней брюшной стенке / C. Г. Измайлов // Хирургия. - 2002. - N 6. – C. 41-45.

Кочнев О.С. Определение антимикробной активности раневого отделяемого для оценки заживления раны / О.С. Кочнев, С.Т. Измайлов, Р.В. Федоров // Хирургия. – 1993. – N 2. – C. 19-23.

Адамян А.А. Ошибки и осложнения после хирургической коррекции деформаций передней брюшной стенки / А.А. Адамян, Б.Ш. Гогия, Р.Э. Величенко // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 1998. N 1. – C. 14-20.

 Bocchi P. Drains in hernia surgery / In.: Bendavid K. et al. Abdominal wall hernias: principles and management // New York: Springer-Verlag, - 2001. – P. 347-350.

Сажин В.П. Особенности лечения больных с большими послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами / В.П. Сажин // Герниология. – 2004. - N 1. – C. 11-14.

Жебровский В.В. Ранние и поздние послеоперационные осложнения в хирургии органов брюшной полости / В.В. Жебровский // Симферополь: Издательский центр КГМУ, 2000. – 688 c.

Roje Z. Utrobicˇic Abdominoplasty Complications: A Comprehensive Approach for the Treatment of Chronic Seroma with Pseudobursa / Z. Roje, Zˇ. Roje, N. Karanovic // Aesth. Plast. Surg. – 2006. - Vol. 30. – P. 611-615.

Lowe J.B. Endoscopically assisted "components separaion" for closure of abdominal wall defects / J.B. Lowe // Plast. Reconstr. Surg. 2000. – Vol. 105, N 2. – P. 720-729.

Alexander G. Fat Necrosis and Why the Classic Abdominoplasty Should be Avoided in Obese Patients / G. Alexander, M.K. Ebrahim, I. Ghoneim // Kuwait Medical Journal. – 2005. – Vol. 37, N 1. – P. 43-46.