

В остальных случаях при внутрисуставных переломах встречались: болезнь Кенига надколенника (3%); болезнь Гоффа (9,9%); повреждения и разрывы передней крестообразной связки (9%); перелом межмышцелкового возвышения большеберцовой кости (1%).

Всем детям перед операцией выполнялось МРТ коленного сустава для выявления предварительной локализации повреждения.

Артроскопия коленного сустава у детей производилась как под общим обезболиванием, так и под местной анестезией. Для выполнения артроскопии использовалось стандартное оборудование фирмы M.I.S.S. и Elops. Артроскопия проводилась только в жидкой среде по общепринятой методике из базовых нижних доступов (переднелатеральный и переднемедиальный).

При разрывах менисков проводилась частичная резекция зоны повреждения. При болезни Гоффа производилась резекция жировых тел. При болезни Кёнига производилось удаление костно-хрящевого фрагмента из полости сустава и вторым этапом производился латеральный релиз с выполнением шва надколенника по Ямамото. При разрывах передней крестообразной связки (ПКС) выполнялась резекция культы ПКС, также в одном случае встречалась хондромалиция медиального мыщелка бедренной кости вследствие синдрома медиопателлярной складки (1%).

#### **Выводы:**

1. Артроскопия в 100% случаев позволила избежать артротомии коленного сустава.
2. Артроскопия является не только методом точной верификации внутрисуставной патологии, но и малоинвазивного лечения травм и заболеваний сустава.
3. Клиническая картина внутрисуставных повреждений в острый период достаточно однотипна, что значительно затрудняет диагностику.

#### **Литература:**

1. Миронов С.П., Лисицын М.П. Диагностика и лечение повреждений менисков коленного сустава с помощью артроскопической техники: Метод. Рекомендации. №96/134. – М., 1996.
2. Орлянский В., Голохова М.Л. Руководство по артроскопии коленного сустава, Днепропетровск, 2007г. 153с.
3. Разумовский А Ю., Дронов А.Ф. Эндоскопическая хирургия в педиатрии. Руководство, Москва 2015г. 608с.
4. Харальд Хемпфлинг, Артроскопия: диагностика и терапия, Германия, 92с.

УДК: 616-089. 617.55-089.844- 617.55-007.43+ 616-056.52

**С.С. Давлатов**

**ДЕРМАТОЛИПЭКТОМИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С  
ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ СОПУТСТВУЮЩИМ ОЖИРЕНИЕМ**

Кафедра хирургических болезней №1 и онкологии  
Самаркандский Государственный медицинский институт  
Самарканд, Узбекистан

**S.S. Davlatov**

**DERMOLIPECTOMY IN PATIENTS WITH VENTRAL HERNIAS  
ASSOCIATED WITH OBESITY**

Department of oncology and surgical diseases №1  
Samarkand State medical institute  
Samarkand, Uzbekistan

**Контактный e-mail: sammi-xirurgiya@yandex.ru**

**Аннотация.** Работа основана на анализе результатов герниопластики у 189 больных послеоперационными, рецидивными и первичными вентральными грыжами, страдающих ожирением. Больные были разделены на две группы: контрольная группа и основная группа. Пациентам контрольной группы производилась классическая герниопластика местными тканями и протезирующими материалами по показаниям. В основной группе пациентам выполнялась герниопластика с использованием сетчатых имплантатов с дополнением дерматолипидэктомии. Надежность пластики грыжевых ворот обеспечивается за счет полипропиленового протеза, а выполнение ненапряжной герниоаллопластики и комбинированной методики позволило избежать повышения внутрибрюшного давления за счет увеличения объема брюшной полости. В результате применения дерматолипидэктомии удалось снизить количество осложнений в ближайшем (9,8%) и отдаленном послеоперационном периоде. Рецидивов заболевания и летальных исходов не было.

**Annotation.** The work is based on the analysis of hernia repair in 189 patients with postoperative, recurrent and primary ventral hernias obese. The patients were divided into two groups: a control group and the main group. Patients in the control group performed classical hernia repair with local tissues and prosthetic materials indicated. In the study group patients underwent hernia repair using mesh implants with the addition dermatolipidektomy. The reliability of plastics hernia ring is provided by a polypropylene prosthesis and perform no compression hernioalloplastic and combined technique allowed to avoid increasing intra-abdominal pressure due to the increase in the abdominal cavity. As a result of dermatolipidektomy managed to reduce the number of complications in the near (9.8%) and late postoperative period. Disease recurrence and death were not.

**Ключевые слова:** герниоаллопластика, ожирение, дерматолипидэктомия.

**Keywords:** hernioalloplastic, obesity, dermatolipidektomy.

Введение

Несмотря на динамическое развитие медицинской науки, проблема лечения вентральной грыжи остается актуальной. Рост заболеваемости

вентральной грыжи сохраняется в основном за счет послеоперационных вентральных грыж, их количество после выполненных лапаротомий составляет по разным данным от 10 до 15% [1,5,8]. Сочетание грыж передней брюшной стенки с нарушением правильных пропорций передней брюшной стенки и туловища, возникших в результате перерастяжения мышц и увеличения толщины кожно-жировой складки живота отрицательно сказываются на результатах герниопластики [3,4,7]. Чрезмерное отложение жировой ткани на передней брюшной стенке с образованием кожно-жирового фартука кроме причинения эстетических неудобств является причиной возникновения функциональных нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, возникновения болей в спине и появлению недержания мочи [2,3]. Поэтому актуально и даже необходимо дополнение герниопластики дерматолипэктомией, что направлено на восстановление морфологического состояния брюшной стенки, предшествующего тем изменениям, которые с ней произошли в результате беременности, перенесенных оперативных вмешательств, длительного грыженосительства, ожирения [2,6,9].

**Цель исследования** - оптимизация хирургического лечения больных вентральными грыжами сопутствующим ожирением.

#### **Материалы и методы**

Работа основана на анализе результатов герниопластики у 189 больных послеоперационными, рецидивными и первичными вентральными грыжами, страдающих ожирением. Все операции были выполнены в хирургическом отделении клиники СамМИ в сроки с 2009 по 2015 год. Больные были разделены на две группы: контрольная группа (87 - 46%) и основная группа (102 – 54%). Пациентам контрольной группы производилась классическая герниопластика местными тканями и протезирующими материалами по показаниям. В основной группе пациентам выполнялась герниопластика с использованием сетчатых имплантатов с дополнением дерматолипидэктомии.

Всем больным проводилась общеклинические, биохимические исследования. Измерение внутрибрюшного давления до и после операции. Пациентам контрольной группы в зависимости от локализации и размера грыжевого дефекта производилась герниопластика местными тканями и протезирующими материалами. При протезирующих пластиках трансплантат фиксирован по методике «onlay». При необходимости, с целью увеличения объема брюшной полости, для предупреждения развития ACS, пластика передней брюшной стенки выполнялась ненапряжным способом т.е. наложение сетки на апоневроз без его ушивания, а так же комбинированным способом - с добавлением мобилизации влагиалищ прямых мышц живота по Ramirez.

В основной группе разрез кожи проводилась по грыжевому выпячиванию. Затем подкожно-жировая клетчатка широко отсепаровывалась до апоневроза вокруг грыжевого мешка. После этого проводилась обработка грыжевого мешка, пластика грыжевых дефектов, устранение диастаза прямых мышц

живота. Всем больным в основной группе применяли сетчатый имплантат. Для профилактики синдрома малого живота и дыхательной недостаточности по показаниям выполнялась ненатяжная герниоаллопластика без ушивания апоневроза или реконструкция брюшной стенки по Ramirez. После завершения пластики передней брюшной стенки выполняли дерматоллипидэктомию, по линии предварительно нанесенную на переднюю брюшную стенку до операции, которая окаймляет грыжевое выпячивание, старый послеоперационный рубец и кожно-жировую складку. Вес избыточного кожно-жирового лоскута составлял от 4 до 12 кг.

В послеоперационном периоде пациентам обеих групп назначалось бандажирование передней брюшной стенки, антибиотикопрофилактика, раннее вставание, дыхательная гимнастика, антикоагулянты, физиотерапия.

### **Результаты и их обсуждении**

Для оценки эффективности результатов лечения больных в обсуждаемых группах в качестве основных критериев использовались следующие параметры сравнения: 1. Абдоминальные осложнения раннего послеоперационного периода; 2. Внеабдоминальные осложнения раннего послеоперационного периода; 3. Раневые осложнения в раннем послеоперационном периоде; 4. Отдаленные результаты хирургического лечения.

У больных обеих групп на этапах лечения, в динамике измеряли уровень внутрибрюшного давления. Исходя из полученных данных, были выявлены закономерные изменения показателей внутрибрюшного давления в сторону их повышения на этапах операции, связанные с погружением грыжевого содержимого и герниопластикой. Выполнение ненатяжной герниоаллопластики и комбинированной методики с мобилизацией прямых мышц по Ramirez, примененной 14 пациентам контрольной группы и 63 пациентам основной группы, которой достигается увеличение объема брюшной полости, позволило избежать повышения внутрибрюшного давления.

У большинства пациентов после операции сохранялась нормальная функция ЖКТ, лишь у 3 больных в контрольной и у 1 больной в основной группе перенесших герниопластику по поводу гигантской вентральной грыжи отмечался парез кишечника, купированный медикаментозно. У 4 больных в контрольной группе и у 2 больных в основной группе наблюдали задержку мочи.

В контрольной группе бронхолегочные осложнения наблюдались у 6, явления сердечной недостаточности у 5 больных, последние проявлялись низкими показателями артериального давления, учащением пульса, одышкой, из них в двух случаях закончилась летальным исходом.

В основной группе внебрюшинные осложнения наблюдали у 3 больных. Бронхолегочные осложнения наблюдались у 2, сердечная недостаточность у 1 больного в возрасте 59 лет, страдающего постинфарктным кардиосклерозом.

Раневые осложнения в послеоперационном периоде в контрольной группе наблюдалось у 11 больных. В основной группе осложнения были у 3 пациентов.

Таким образом, наибольшее количество ранних послеоперационных осложнений наблюдалось у больных в контрольной группе. Наименьшее количество сердечно-легочные и местные осложнений после операции отмечено в основной группе больных.

В отдаленные сроки после оперативного вмешательства из 102 больных контрольной группы наблюдали 57 (65,5%), а из 102 больных основной группы наблюдали 85 (83,3%) в сроки с 1 года до 3 лет. При динамическом наблюдении больных контрольной группы показатели массы тела существенных изменений не претерпели. У пациентов основной группы показатели абдоминального ожирения понесли глобальные изменения (рис. 1.).



**Рис. 1.** а, б – пациент К. 54 лет, до операции с диагнозом послеоперационная вентральная грыжа. в – после пластики on lay.

Это положительно сказалось на дальнейших жизненных перспективах, поскольку именно абдоминальный тип распределения жировой ткани, в наибольшей степени ассоциирующийся с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2 типа, претерпевает существенные изменения. При исследовании уровня гликемии у пациентов контрольной группы существенных изменений не было выявлено. У больных основной группы при исследовании уровня гликемии отмечалось достоверное снижение показателей после проведенного лечения. Превышения уровня глюкозы крови 6,1 ммоль/л у пациентов основной группы выявлено не было.

В обеих группах исходно у 107 человек (56,6%) имелась артериальная гипертензия различной степени. При динамическом наблюдении в отдаленном послеоперационном периоде у больных контрольной группы отмечено сохранение высоких цифр АД, с тенденцией к переходу в более тяжелые степени артериальной гипертензии. У больных основной группы отмечено снижение высоких цифр АД, с тенденцией к переходу в более легкие степени артериальной гипертензии.

Анализ результатов исследования, которое оценивало показатели качества жизни у больных основной группы, через 3 месяцев после операции отмечено улучшение качества жизни по всем компонентам исследования.

Таким образом, при выполнении герниопластики частота послеоперационных осложнений значительно выше, чем при использовании дерматолипидэктомии. Данный факт имеет принципиальное значение, так как

при сравнимых характеристиках пациентов в группах применение липоабдоминопластики имеет существенные преимущества, как по объективным, так и по субъективным показателям для пациента.

### **Выводы**

Особенностью клинического течения у больных с вентральными грыжами и ожирением является наличие сопутствующей патологии, что требует особой предоперационной подготовки. Натяжная герниоаллопластика и комбинированная герниопластика с мобилизацией прямых мышц живота по Ramirez в сочетании с дерматоллипидэктомией является оптимальным видом герниопластики у пациентов с ожирением. Надежность пластики грыжевых ворот обеспечивается за счет полипропиленового протеза, а выполнение натяжной герниоаллопластики и комбинированной методики позволило избежать повышения внутрибрюшного давления за счет увеличения объема брюшной полости. В результате применения дерматоллипидэктомии удалось снизить количество осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде. Раневые осложнения снизились с 15,3% до 3,3%, со стороны органов сердечно-сосудистой системы - с 86,9% до 47,2%. Рецидивов заболевания и летальных исходов не было. Герниопластика и дермоллипэктомия, позволяют избавить пациента не только от физических страданий и неудобств, связанных с ним, но и от состояния психологического дискомфорта, возвращают их к полноценной жизни, сокращают период социально-трудовой реабилитации.

### **Литература:**

1. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота. «МИА» Москва 2005 г. С. 296-358.
2. Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э., Давлатов С.С., Кан С.А. Хирургическое лечение больных вентральными грыжами сопутствующим ожирением // Вестник Ташкентской медицинской академии. - 2015. - №1. - С. 49-53.
3. Мириджанян М.М., Мирзоян С.С. Дерматоллипэктомия при лечении вентральных грыж // Вестник Хирургии Армении им. ГС Тамазяна. – 2010. – №.2. – С. 23-27.
4. Олейничук А.С. Особенности хирургического лечения вентральных грыж у больных с избыточной массой тела и ожирением. Диссертация кандидата медицинских наук. Москва 2010 г.
5. Петрушко С.И. и др. Современный взгляд на проблему лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами // Сибирское медицинское обозрение. – 2014. – №. 6 (90).
6. Чарышкин А.Л., Фролов А.А. Способ герниопластики больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж // Фундаментальные исследования. – 2013. – №. 11-1.
7. Rosen M.J. et al. Multicenter, Prospective, Longitudinal Study of the Recurrence, Surgical Site Infection, and Quality of Life After Contaminated Ventral

Hernia Repair Using Biosynthetic Absorbable Mesh: The COBRA Study //Annals of Surgery. – 2016.

8. Vargo J.D., Larsen M.T., Pearson G.D. Component Separation Technique for Repair of Massive Abdominal Wall Defects at a Pediatric Hospital //Annals of Plastic Surgery. – 2015.

УДК 617-089

**Е.С. Елфимова, Е.П. Шурыгина**

**СИНДРОМ МИРИЗЗИ**

Кафедра общей и факультетской хирургии  
Уральский Государственный Медицинский Университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**ES Elfimova, EP Shurygina**

**MIRIZZI'S SYNDROME**

Department of General surgery and the faculty  
Ural state medical University  
Yekaterinburg, Russian Federation

**Контактный e-mail: [elenaelfimova@mail.ru](mailto:elenaelfimova@mail.ru)**

**Аннотация.** В статье описаны два клинических случая тяжелых осложнений желчнокаменной болезни – синдром Мирizzi II–III типа.

**Annotation.** This article describes two clinical cases of severe complications of gallstones - Mirizzi syndrome type II-III.

**Ключевые слова:** синдром Мирizzi

**Keywords:** Mirizzi's syndrome

Синдром Мирizzi (СМ) – одно из осложнений желчнокаменной болезни (ЖКБ), включающий в себя формирование холецисто–билиарных и/или холецисто–дигестивных свищей. Это наиболее редкий вариант патологических изменений желчевыводящей системы наблюдается у 1–5% больных ЖКБ. Летальность при этом заболевании составляет 11–14%. Стриктуры гепатикохоледоха и резидуальный холедохолитиаз в отдалённом послеоперационном периоде выявляется у 13–14% пациентов [1]. СМ I типа подразумевает сдавление желчного протока вклиненным в шейку желчного пузыря или пузырьный проток желчным конкрементом. Тип II состоит из холецистобилиарного свища, образующегося в результате эрозии стенки желчного протока посредством желчного конкремента.

Фистула должна включать менее одной трети окружности желчного протока. Тип III состоит из холецистобилиарного свища, вовлекающего до двух третей окружности желчного протока. Тип IV представляет холецистобилиарный свищ