

## АУТОДЕРМОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

*А.А. Ботезату*

Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко, Тирасполь, Молдова

## AUTODERMOPLASTY IN TREATMENT OF HERNIAS OF ANTERIOR ABDOMINAL WALL

*A.A. Botezatu*

Pridnestrovskiy state university n. a. T.G. Shevchenko, Tiraspol, Moldova

© А.А. Ботезату, 2012

При лечении грыж передней брюшной стенки более 90 лет применяют герниопластику погружным аутодермальным лоскутом (аутодермопластика). В историческом плане рассмотрен ряд подобных операций. Чаще всего авторы используют свободные деэпителизированные и деграссированные аутодермальные лоскуты. По их данным, аутодермальные трансплантаты хороший пластический биологический материал.

С целью улучшения результатов лечения грыж передней брюшной стенки рекомендуется дифференцированный подход при герниопластике. Сочетание аутопластики с аутодермопластикой применять при грыжевых дефектах малого и среднего размера. В случаях грыж большого и гигантского размера перспективны аутопластические способы, направленные на реконструкцию брюшной стенки, а аутодермопластику использовать с целью консолидации.

**Ключевые слова:** аутодермальные трансплантаты, аутодермопластика.

At treatment of hernias of anterior abdominal wall more than 90 years apply hernioplasty by buried autodermal flap (autodermoplasty). Series of similar operations is historically surveyed. More often authors use free deepithelized and degreased autodermal flaps. Under their data autodermal grafts are good plastic biological material.

For the purpose of improving of results of treatment of hernias of anterior abdominal wall, the differentiated approach is recommended at the hernioplasty. A combination of autoplasty with autodermoplasty apply at hernial defects of the small and medium dimension. In cases of hernias of the big and huge dimension are perspective autoplasmic methods, referred on reconstruction of abdominal wall, and autodermoplasty to use for the purpose of consolidation.

**Key words:** autodermal grafts, autodermoplasty.

При лечении грыж передней брюшной стенки более 90 лет применяют аутодермопластику погружным аутодермальным лоскутом. Первые сообщения о применении аутодермального трансплантата при грыжесечениях появились в 1913 г., когда О. Лоewe продемонстрировал результаты лечения двух больных с паховыми грыжами, оперированных им с применением деэпителизированного аутодермального лоскута. Спустя 4 года после первой операции, при повторном вмешательстве он констатировал, что аутодермальный лоскут превратился в мощный пласт соединительной ткани [1]. В 1914 г. F. Rehn [2] сообщил о герниопластике у 11 больных с паховыми грыжами и у 65 больных с послеоперационными грыжами, у которых применял свободные деэпителизированные и деграссированные аутодермальные лоскуты. Кроме того, в эксперименте (замещение ахиллова сухожилия

у собак аутодермальным лоскутом) он доказал, что пересаженная аутодерма под влиянием натяжения претерпевает метаплазию и превращается в волокнистый тяж, подобный апоневрозу. Именно благодаря натяжению (функциональный стимул) происходит переориентация волоконистых структур трансплантата согласно вектору силовой тяги. Им высказана мысль, что аутодермальные трансплантаты могут быть с успехом применены и при других пластических операциях, в частности для фиксации почек, прямой кишки, пластики пищевода. Казалось бы, получение такого прочного пластического материала, как аутодермальные трансплантаты, должно было привлечь внимание хирургов. Но, к сожалению, этого не произошло. Совершенно парадоксален факт, что аутодермальные трансплантаты оказались в забвении как раз в тот период, когда альтернативные пластические материалы

в лечении грыж отсутствовали. И лишь в 40–60 гг. аутодермальные трансплантаты были вновь «открыты» в работах многих авторов [3–10], которые применяли аутодермальные лоскуты при герниопластике послеоперационных и паховых грыж.

Английский хирург G. Maig опубликовал [4] результаты лечения 454 больных с паховыми грыжами, герниопластику у которых осуществлял с применением дезэпителизованного и деградированного аутодермального трансплантата, укладываемого ретрофуникулярно. В.Н. Янов [11] предложил 2 способа усиления стенок пахового канала: первый – с префуникулярным расположением аутодермального лоскута, второй – с ретрофуникулярным. Оперировано 214 больных с хорошими результатами.

А.Г. Кисель и соавт. [12] применяли аутодермопластику у 87 больных с прямыми и рецидивными (38, или 43,7%) паховыми грыжами. После ушивания поперечной фасции поверх укладывали перфорированный дезэпителизованный (скальпелем) и деградированный кожный лоскут, который изымали из области операционной раны, и в сильно натянутом положении фиксировали к передней стенке влагалища прямой мышцы, внизу – к подвздошно-лонному тяжу и пупартовой связке, а латеральный конец лоскута расщепляли и фиксировали вокруг семенного канатика. Впереди же семенного канатика выполняли пластику апоневроза в виде дубликатуры. Осложнения со стороны раны отмечали у 11,5% (ни одно не было связано с кожным имплантом). В отдаленные сроки (1–8 лет) наблюдали 4 (4,6%) случая рецидивов. И все они были у больных, оперировавшихся по поводу рецидивных паховых грыж.

Аутокожа одинаково успешно может использоваться как в плановой, так и в ургентной хирургии. В.П. Брежнев и соавт. [13] применяли аутодермопластику у 23 больных пожилого и старческого возраста с ущемленными паховыми грыжами. Ближайшие и отдаленные послеоперационные результаты хорошие.

Вместе с тем следует признать, что аутодермопластика не нашла широкого применения в хирургии паховых грыж.

При лечении послеоперационных грыж С.П. Шиловцев [3] предложил способ аутодермопластики, при котором лоскут кожи не отделялся от подкожной жировой клетчатки и грыжевого мешка (сохранялась питающая ножка). После удаления эпидермиса (электрокоагулятором сжигал эпидермис) погружал его

под апоневроз и фиксировался к грыжевым воротам. Поверх него сшивали края апоневроза. Этим способом в дальнейшем пользовались М.П. Рухлядеева [6], J. Seror et al. [7], которые считали выполненную таким образом аутодермальную пластику исключительным методом.

Однако чаще всего авторы применяли свободные, деградированные и дезэпителизованные аутодермальные лоскуты. Аргентинские хирурги D.E. Zavaleta, J.V. Uriburu [5] предложили способ комбинированной пластики, при котором образовавшийся дефект передних стенок влагалищ прямых мышц после аутопластики, по Н. Welti [14], замещали свободным аутодермальным трансплантатом, фиксированным под натяжением в стык по периметру апоневротического дефекта. Оперировано 211 больных со срединными послеоперационными грыжами с хорошими послеоперационными результатами.

В.П. Еремеев и соавт. [9] применяли свободные аутодермальные трансплантаты в лечении послеоперационных грыж с 1953 г. У 771 пациента, 76% которых были с обширными и гигантскими грыжами, не отметили ни одного случая отторжения трансплантата даже при нагноении ран. Констатировали благоприятные ранние и отдаленные послеоперационные результаты: незначительное количество послеоперационных осложнений – 9 (1,2%), снижение числа рецидивов и улучшение качества жизни оперированных больных. Образование эпителиальных кист наблюдалось лишь у 2 больных и связано оно было, по мнению авторов, с недостаточным растяжением и фиксацией кожных лоскутов. Среди 66 пациентов с гигантскими послеоперационными грыжами, у которых дефект брюшной стенки укрепляли аутодермальным лоскутом, рецидивы отмечены в 4,3% случаев.

Коллектив румынских авторов [10] использовал герниопластику дезэпителизованным и деградированным лоскутом на протяжении более 30 лет. Среди оперированных 303 больных (из них 145 с послеоперационными грыжами, 121 с пупочными грыжами, 25 с эпигастральными на фоне диастаза прямых мышц) отмечено 7 (2,3%) рецидивов заболевания и 5 (1,7%) случаев образования эпителиальных кист.

Б.А. Барков [7] при лечении больных с диастазами прямых мышц III степени применял аутодермальные трансплантаты, которые изготавливал из иссеченных кожно-подкожных лоскутов передней брюшной стенки путем освобождения их от подкожно-жировой клетчатки с помощью ножниц, от эпидермального слоя –

скальпелем. После этого он проделывал в трансплантате мелкие отверстия в шахматном порядке и укладывал эпидермальной поверхностью к апоневрозу поверх вновь образованной белой линии, фиксируя в сильно растянутом виде кетгутowymi швами к передней брюшной стенке. По такой методике им оперированы 27 больных. Летальных исходов не было. У 3 (11,1%) человек в раннем послеоперационном периоде отмечено нагноение ран, которое не привело к отторжению кожных имплантов. В отдаленные сроки (наблюдение от 6 месяцев до 16 лет) рецидивов заболевания не выявлено.

Другие авторы [15–18] применяли лоскуты кожи не в полную ее толщину, а только частично (расщепленная кожа), без удаления эпидермиса. При этом лоскут кожи толщиной 0,5–0,7 мм иссекали дерматомом из области донорского участка, укладывали поверх ушитых грыжевых дефектов эпидермальной поверхностью к апоневрозу и по периметру фиксировали к наиболее прочным анатомическим образованиям. В.Ф. Яговкиным и И.Ф. Бочковским [18] за 20 лет прооперировано 476 больных с послеоперационными и рецидивными пупочными, паховыми и бедренными грыжами. В послеоперационном периоде констатировано нагноение ран у 23 (4,6%) пациентов, образование гнойных свищей в послеоперационной ране – у 9 (1,9%) больных. В отдаленные сроки рецидивы грыж выявлены у 12 (4,3%) больных. Все они появились в течение первого года после операции.

Долгое время широкому внедрению аутодермальных трансплантатов в хирургию послеоперационных вентральных грыж препятствовало отсутствие эффективных способов их подготовки, в результате чего в послеоперационном периоде возникали местные гнойно-воспалительные осложнения: лимфорея, инфильтраты, нагноения, образование эпителиальных кист, что было обусловлено сохранением эпидермального слоя трансплантатов [8, 16, 17, 19].

В.Н. Янов [20] предложил простой общедоступный эффективный экспресс-метод термической обработки аутодермальных трансплантатов, который заключается в следующем. Кожа иссекается вместе с подкожно-жировой клетчаткой и послеоперационным рубцом. Эпидермальная поверхность растянутого между зажимами лоскута ошпаривается однократно горячим (90–94°C) физиологическим раствором. Подкожно-жировая клетчатка иссекается изогнутыми ножницами. Лоскут кожи растягивается на стерильной простыне, после чего эпидермис

очень легко и быстро соскабливается обычным скальпелем. На время, пока выполняются другие этапы операции, лоскут помещают в стеклянную банку с физиологическим раствором, куда добавляют антибиотик, и хранят до начала кожной пластики. Нужно отметить, что при температуре физиологического раствора 95–96°C кожные лоскуты теряют эластичность, становятся ригидными и плохо поддаются моделированию во время операции. Если температура физиологического раствора ниже 90°C, соскабливание эпидермиса затруднено.

Мы согласны, что у экспресс-метода подготовки аутодермальных трансплантатов, предложенного В.Н. Яновым, есть и недостатки: отсутствие указания на экспозицию термического воздействия, невозможность достижения равномерной обработки лоскута [21]. Вместе с тем на сегодняшний день нам неизвестен другой метод, который по эффективности, общедоступности (горячий физиологический раствор у оперирующего хирурга под рукой) сравнился бы с экспресс-методом В.Н. Янова.

К тому же согласно рекомендациям экспертов Европейского общества герниологов (GREPA) перед аутодермопластикой аутодермальный лоскут должен быть обработан кипящим физиологическим раствором. Время контакта – 5 с. При таком ограничении времени дерма остается неповрежденной. После дезэпителизации и деградации аутодермальный трансплантат должен быть помещен в 96° спирт на 3 минуты, затем его ополаскивают физиологическим раствором, после чего он готов к различным видам пластики [22].

В 1978 г. В.Н. Янов [23] защитил диссертацию на соискание ученой степени доктора медицинских наук на тему: «Аутодермальная пластика больших и гигантских послеоперационных и пупочных грыж». Им разработана система способов и вариантов (6 способов, 24 варианта) аутодермопластики при больших и гигантских грыжах различной локализации, которая успешно применялась на практике. Из 328 оперированных больных с послеоперационными грыжами в раннем послеоперационном периоде осложнения со стороны послеоперационных ран возникли в 21 (6,4%) случае, было 3 (0,9%) летальных исхода. В отдаленные сроки результаты прослежены у 307 (82,2%) больных, при этом обнаружено 16 (4,3%) рецидивов грыж. Причем среди больных с большими и гигантскими грыжами выявлено 15 (4,6%) рецидивов, а среди 47 больных с послеоперационными грыжами среднего размера – 1 (2,2%) рецидив.

Из 122 оперированных больных с рецидивными вентральными грыжами в ранние сроки после операции нагноения ран отмечены у 15 (12,2%) пациентов, умерли 7 (5,7%) больных. В отдаленные сроки результаты прослежены у 96 (78,6%) пациентов, при этом рецидивы выявлены в 6 (6,2%) случаях.

Среди 123 оперированных больных с пупочными грыжами осложнения в ранние сроки после операции отмечены у 6 (4,8%) пациентов, летальный исход наступил в 5 (4%) случаях. В отдаленные сроки результаты прослежены у 95 (77,2%) больных, при этом выявлено 4 (4%) рецидива.

В общем из 450 оперированных больных с грыжами различной локализации осложнения в раннем послеоперационном периоде возникли у 37 (8,2%) пациентов: развитие гнойных инфекций у 15, лигатурные свищи у 14, некроз краев раны у 6, расхождение краев раны у 1, кишечные свищи у 1 больного.

Благодаря работам В.Н. Янова аутодермопластика на рубеже 70–90-х гг. нашла множество приверженцев на территории бывшего СССР [24–33].

Аутодермопластика постоянно используется в хирургических отделениях больниц железнодорожного транспорта Российской Федерации, где благодаря специалистам кафедры хирургии РМАПО (когда-то ею руководил научный наставник В.Н. Янова – профессор Тимофей Павлович Макаренко) на курсах повышения квалификации врачам подробно разъясняются принципы лечения грыж, способы аутодермопластики. В результате сегодня в России нет ни одной крупной железнодорожной больницы, где бы не применялась аутодермопластика [34]. По этим же данным, за 30-летний период научной деятельности кафедры хирургии РМАПО общее количество аутодермопластик, выполненных в хирургических отделениях больниц МПС, превысило 10 тыс.

В 80-е годы многие известные хирурги применяли на практике аутодермальные трансплантаты, изготовленные по эксперсс-методу В.Н. Янова. Среди них Т.П. Макаренко и соавт. [24], которые при пластике аутодермальным лоскутом отмечали заметное (в 2,5 раза) уменьшение количества осложнений в послеоперационной ране. Среди 299 оперированных больных с послеоперационными грыжами, у которых применялась аутодермопластика, осложнения возникли в 20 (6,7%) случаях, тогда как из 123 больных, у которых применялись аутопластические способы операции, отмечено 18 (14,6%)

подобных случаев. В отдаленные сроки (от 2 до 6 лет) результаты лечения прослежены у 84% больных после аутодермопластики. Выявлено 8 (3,2%) случаев рецидивов, большинство которых (6) возникли при больших и гигантских послеоперационных грыжах.

Н.Н. Каншин и соавт. [26] использовали аутодермальные импланты в пластических целях у 359 больных: 105 из них оперированы по поводу послеоперационных грыж, 2 – по поводу диафрагмальных грыж, 171 – по поводу паховых грыж, в том числе 79 – рецидивных. У 78 пациентов аутодермальная полоска использована в качестве шовного материала для ушивания лапаротомной раны. Эвентраций при использовании аутодермального шва не наблюдали. Нагноение раны отмечено у 7 (1,9%) пациентов в отдаленные сроки (от года до 6 лет), рецидивы заболевания – у 3 больных, оперированных по поводу рецидивных паховых грыж, и у 3 пациентов, оперированных по поводу гигантских послеоперационных грыж. Таким образом, частота рецидивов при аутодермальной пластике паховых грыж составила 1,8%, а послеоперационных – 2,9%.

Ими же проведены морфологические исследования изменений, которые претерпевают кожные импланты. В эксперименте из остатков аутодермы после пластики изготавливали «шнурки» длиной до 3 см и шириной до 0,5 см. Один конец свободной кожной полоски погружали в подкожно-жировую клетчатку на глубину до 2 см, а второй выводили на кожу между кожными швами. Имплантированные таким образом аутодермальные полоски удаляли на 3–14-е сутки. Морфологические исследования 41 импланта показали, что в имплантированной коже сохранился эластический и коллагеновый каркас, а воспалительные изменения в зоне некротизированных придатков кожи носили асептический характер. Истинное очаговое воспаление флегмонозного характера развивалось лишь при неправильной заготовке аутодермальных полос, т. е. когда кожа не была полностью освобождена от подкожно-жировой клетчатки и эпидермиса.

Справедливости ради отметим, что не все хирурги, применявшие аутодермопластику в эти годы, констатировали хорошие послеоперационные результаты. Так, Рудин Э.П. и соавт. [35], применявшие аутодермопластику при лечении 450 больных с послеоперационными вентральными грыжами, у 307 (68,2%) из которых были большие и гигантские грыжи, в раннем послеоперационном периоде отметили осложнения в ране у 94 (20,9%) пациентов: нагноения



у 64 (14,2%), лигатурные свищи у 26 (5,8%), отторжение аутодермального трансплантата у 7 (1,6%), некроз аутодермального трансплантата у 7 (1,6%). Констатировано 7 (1,6%) летальных исходов. Отдаленные результаты прослежены у 301 (66,9%) пациента в сроки от 1 года до 19 лет. Рецидивы грыж выявлены у 82 (27,2%) человек, причем у 70 (85,4%) из них большие и гигантские послеоперационные грыжи сочетались с ожирением. Авторы приходят к выводу, что универсальной методики лечения послеоперационных грыж не существует, а аутодермопластика при больших и гигантских послеоперационных грыжах во многих случаях приводит к неудачам. Возможно, столь значительное количество неудач обусловлено методом пластики – у 325 (72,7%) пациентов первично выполнялась только пластика аутодермальной полоской. Авторы не указывают, сочеталась ли она с аутопластикой – дополнительной инвагинацией аутодермальной полоски узловыми швами с захватом передних стенок влагалищ прямых мышц. В 90-е и последующие годы с учетом слабых сторон аутодермопластики хирурги усовершенствовали технику и технологию герниопластики с применением кожных имплантов.

Так, О.С. Кочнев и соавт. [29], Г.Б. Курбанов [30] с целью повышения эффективности метода проводили армирование аутодермальных трансплантатов монофильной нитью № 4–5. Аутодермальные полоски шириной 0,5 см укрепляли двумя монофильными нитями, проходящими сквозь всю толщину кожи, в виде ромба, а аутодермальные лоскуты – несколькими такими нитями. Результаты: оперировано 93 больных, в том числе 78 (83,9%) пациентов с большими и гигантскими послеоперационными грыжами. В раннем послеоперационном периоде констатирован 1 (1,1%) летальный исход и 3,5% осложнений в послеоперационной ране. В отдаленные сроки рецидивов заболевания не выявлено.

В.И. Малярчук и соавт. [33] проводили армирование аутодермального перфорированного лоскута антибактериальной нитью (никант). К.Г. Шашко [36], проводивший лечение 21 больного с послеоперационными вентральными грыжами таким способом, сообщил о хороших ближайших и отдаленных результатах лечения.

Методику И.Ф. Бородина и соавт. [37] в сочетании с аутодермопластикой при срединных больших и гигантских грыжах применил А.И. Блынский [38] у 39 больных. При этом он производил пластику грыжевого дефекта по средней линии непрерывным шнурованием

аутодермальной полоской, дополнительно укрепляя брюшную стенку аутодермальным лоскутом, уложенным поверх аутодермального шва. Параректально рассекал апоневроз наружных косых мышц, оставляя дефекты неукрытыми. В отдаленные сроки получил хорошие результаты лечения.

Ю.С. Задоян [39] проводил армирование заготовленных аутодермальных трансплантатов по В.Н. Янову тремя-четырьмя длительно не рассасывающимися монофильными нитями и добился хороших результатов. Среди 94 оперированных больных с большими гигантскими послеоперационными грыжами рецидивы констатированы у 3 (3,2%) пациентов.

В эти же годы предложены альтернативные способы деэпителизации аутодермальных лоскутов перед трансплантацией: обработка эпидермальной поверхности лоскута расфокусированным лучом лазера [40, 41], прикладывание на 3–5 с к эпидермальной поверхности кожи металлических пластинок с температурой рабочей поверхности 140°C [21], обработка хирургическими веществами [42] и др. Применение данных способов требует специальных условий (лазерной техники, аппарата для создания определенного температурного режима), что не всегда представляется возможным, поэтому все они мало используются на практике.

В целях повышения эффективности герниопластики с применением аутодермального лоскута было предложено местное введение в зону трансплантата биоматериала «аллоплант» (стимулятора регенерации), состоящего из волокон соединительной ткани, подвергнутых специальной обработке, посредством которой из их состава выведены аллергены [43]. Проведенные исследования продемонстрировали, что при введении аллопланта формирование соединительнотканного регенерата происходит по всей площади трансплантата, что значительно повышает качество пластики. О.В. Ханов [44] проводил исследование двух групп больных с послеоперационными вентральными грыжами. В первой группе выполнялась аутодермопластика способом В.Н. Янова. Оперированы 126 пациентов, в отдаленные сроки рецидивы выявлены у 7 (6,9%). У 51 больного второй группы аутодермопластика была комбинирована с местным введением во время операции стимулятора регенерации – аллопланта. Рецидивов грыж в этой группе больных не выявлено.

И.И. Кузьменко [45] применил материалы с памятью формы из никелида титана при

хирургическом лечении грыж передней брюшной стенки. Сущность метода заключается в том, что деэпителизированный кожный лоскут, подготовленный по методу В.Н. Янова, укладывали поверх выполненной аутопластики. Если после пластики местными тканями происходило значительное уменьшение объема брюшной полости, лоскут укладывали непосредственно на дефект. На лоскут наносили гранулы из пористого никелида титана с размерами частиц от 100 до 2000 мкм в количестве 40–60% площади раневой поверхности. Установлено, что в имплантированном материале, обработанном никелидом титана, протекали интенсивные процессы репаративной регенерации с формированием плотной полуоформленной соединительной ткани.

Некоторые авторы проводили сравнительную оценку эффективности различных способов герниопластики с применением аутодермальных трансплантатов у больных с послеоперационными грыжами. Так, А.А. Ботезату [46] изучил отдаленные результаты при лечении 96 пациентов со срединными послеоперационными грыжами (катамнез 10 лет). Среди 49 пациентов, оперированных по поводу небольших и среднего размера послеоперационных грыж, выявлено 2 (4,1%) рецидива. Причем в обоих случаях повторно применена комбинированная герниопластика способами В.Н. Янова и получен хороший результат (рецидивов в течение 4 и 6 лет после операции не отмечено).

Из 47 пациентов, оперированных по поводу больших и гигантских рецидивных грыж, отмечено 26 (55,3%) случаев рецидивирования. В трех случаях, невзирая на применение двух консолидирующих аутодермальных лоскутов – под и над апоневрозом, в различные сроки после операции возник рецидив. Из 7 оперированных по поводу гигантских грыж обследованы пятеро, и у всех был выявлен рецидив грыж. В связи с этим у больных с большими и гигантскими послеоперационными рецидивными срединными грыжами автор предлагает прибегать к реконструкции брюшной стенки с перемещением мышечно-фасциальных блоков прямых мышц в сочетании с аутодермопластикой по собственной методике [46].

В.И. Белоконев и соавт. [47], имеющие большой клинический опыт лечения больных с послеоперационными грыжами, констатировал, что среди 84 больных, у которых применялась аутодермопластика способами В.Н. Янова, в ранние сроки после операции отмечено 14 (16,6%) осложнений со стороны послеоперационных ран,

а в отдаленные сроки – 24 рецидива (из 38 больных, ответивших на посланный им запрос). Лучшими стали результаты лечения 427 больных, у которых герниопластика выполнялась комбинированным методом (варианты I, II собственной методики), когда аутопластические методы сочетались с аутодермопластикой или аллопластикой. Выявлено 5 (1,1%) случаев рецидивов (сроки наблюдения – от года до 10 лет).

В.А. Омельченко [48] у 42 пациентов с большими и гигантскими послеоперационными грыжами применял аутодермопластику методами В.Н. Янова. В ранние сроки после операции зарегистрировано 3 (7,1%) случая осложнений (серомы, инфильтраты), а в отдаленные сроки – 3 (7,1%) рецидива заболевания. Из 51 пациента, подвергшегося эндопротезированию, у 2 (3,9%) отмечены осложнения и у 2 (3,9%) – рецидивы грыж.

Проведенные рандомизированные исследования герниопластики послеоперационных грыж полипропиленовой сеткой и аутодермальным лоскутом [49] свидетельствуют о том, что ближайшие и отдаленные результаты эндопротезирования и аутодермопластики являются сопоставимыми. Так, после 70 проведенных аллопластик отмечено 14 (20%) осложнений в ране, а в отдаленные сроки выявлено 6 (8,6%) случаев рецидивов; после 57 аутодермопластик – соответственно 15 (26,3%) и 7 (12,3%) случаев.

Аутодермальные трансплантаты имеют ряд преимуществ перед другими пластическими материалами, такие как: а) они всегда в распоряжении хирурга, ибо изымаются из области операционной раны; б) подготовка кожи к трансплантации проста и выполняется быстро. Пластические свойства аутодермальных трансплантатов позволяет во время операции моделировать их в соответствии закрываемого дефекта; в) ткань биологически совместима, что исключает опасность отторжения; г) будучи пересаженным в глубокие слои организма, он преобразуется в прочную соединительную ткань; д) немаловажно, что за аутодермальный трансплантат больному не надо платить.

Несмотря на явные достоинства, метод аутодермопластики последние годы теряет приверженцев якобы из-за того, что аутодермальные трансплантаты образуют низкокачественную рубцовую ткань, что становится причиной частых осложнений и рецидивов. Взамен предлагают синтетические сетки [50]. Вместе с тем, повседневная практика показала, что аллопластика приводит к возникновению ряда специфических

проблем, связанных с внедрением инородного тела (сетки) в ткани человеческого организма (серомы, хронический болевой синдром, ощущение инородного тела). Немаловажно высокая стоимость эндопротеза. Вот почему аутокожа как пластический материал при герниопластике не потеряла актуальность и в настоящее время. Другой вопрос, как и когда применять свободные аутодермальные трансплантаты? На наш взгляд, аутопластика в сочетании с аутодермопластикой эффективна при небольших и среднего размера грыжевых дефектах. При больших и гигантских срединных грыжах перспективны аутопластические способы, направленные на реконструкцию брюшной стенки, а аутодермопластику использовать с целью консолидации.

### Литература

1. *Loewe, O.* Ueber Hautimplantation an Stelle der freien Faszienplastik / O. Loewe // Munchen Med. Wehnschr. – 1913. – Vol. 60. – P. 1320–1321.
2. *Rehn, E.* Das kutane und subkutane Bindegewebe als plastisches Material / E. Rehn // Munchen med. Wschr. – 1914. – Vol. 61, № 3. – P. 118–121.
3. *Шиловцев, С.П.* Хирургическое лечение послеоперационных грыж методом трансплантации кожного рубца под апоневроз / С.П. Шиловцев // Хирургия. – 1957. – № 2. – С. 10–16.
4. *Mair, G.* Preliminary report of the use of whole skin-grafts as a Substitute for fascial sutures in the treatment of hernie / G. Mair // Brit. J. Surg. – 1945. – Vol. 32, № 127. – P. 381–385.
5. *Zavaleta, D.E.* Whole thickness skin grafts in the treatment of hernias Analysis of 211 Cases / D.E. Zavaleta, J.V. Uriburu // Surg. Gyn. Obst. – 1950. – Vol. 91, № 2. – P. 157–172.
6. *Рухлядеева, М.П.* Хирургическое лечение ventральных грыж методом погружного кожного рубца под апоневроз : автореф. дисс. канд. мед. наук / М.П. Рухлядеева. – Куйбышев, 1952. – 32 с.
7. *Барков, Б.А.* Оперативное лечение диастазов прямых мышц живота : автореф. дисс. ... д-ра мед. наук / Б.А. Барков. – М., 1958.
8. *Seror, J.* Cure autoplastique des eventrations par lambeau cutane inclus / J. Seror [et al.] // Press. Med. – 1965. – Vol. 73, № 9. – P. 489–490.
9. *Еремеев, В.П.* Лечение послеоперационных ventральных грыж / В.П. Еремеев [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1984. – № 6. – С. 17–20.
10. *Batke, R.* Folosirea Pielii libere autogrefa in resolvarea chirurgicala a herniilor ambilicala eventratiilor si in alte afectiuni / Batke R. [et al.] // Chir. – 1988. – Vol. 37, № 3. – P. 197–204.
11. *Янов, В.Н.* Реконструкция пахового канала с помощью аутодермального импланта при трудных формах паховых грыж : дисс. ... канд. мед. наук / В.Н. Янов. – М., 1970.
12. *Кисель, А.Г.* Результаты оперативного лечения прямых и рецидивных паховых грыж с применением аутодермального импланта / А.Г. Кисель [и др.] // Вестник хирургии. – 1978. – № 4. – С. 23–27.
13. *Брежнев, В.П.* Пути улучшения результатов аутодермальной пластики при послеоперационных ventральных грыжах : дисс. ... канд. мед. наук / В.П. Брежнев. – Харьков, 1991.
14. *Тычинкина, А.К.* Пластика апоневроза передней брюшной стенки расщепленным кожным аутодермотрансплантатом без удаления эпидермиса / А.К. Тычинкина, В.Ф. Яговкин // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1969. – № 4. – С. 60–63.
15. *Кот, А.И.* Алло- и аутопластика послеоперационных рецидивных грыж живота / А.И. Кот, А.Н. Никифоров // Матер. науч.-практ. конф. Минского мединститута. – Минск, 1969. – С. 217–218.
16. *Кот, А.И.* Метоплазия кожного лоскута, погруженного вглубь тканей / Кот А.И. [и др.] // Сб. науч. трудов. – Минск, 1974. – С. 72–73.
17. *Яговкин, В.Ф.* Оперативное лечение грыж брюшной стенки с пластикой апоневроза расщепленным аутодермальным трансплантатом / В.Ф. Яговкин, Ф.И. Бочковский // Вестник хирургии. – 1985. – № 2. – С. 37–38.
18. *Batzner, K.* Die Beiseitigung nach operationen und unfaverletzung durch die freie autoplastische cutis transplantation / K. Batzner // Bruns. Beitr. Klin. Chir. – 1949. – V. 178, № 4. – P. 481–488.
19. *Янов, В.Н.* Термическая обработка аутодермальных имплантатов / В.Н. Янов // Вестник хирургии, 1975. – № 9 – С. 90–91.
20. *Нарциссов, Т.В.* Аутодермальная пластика при послеоперационных грыжах живота / Т.В. Нарциссов, В.П. Брежнев // Вестник хирургии. – 1991. – № 5/6. – С. 40–42.
21. *Korenkov, M.* Autodermale Hernioplastik – eine seltene und unbekannte Technik / M. Korenkov [et al.] // Zentralbl. Chir. – 1997. – Vol. 122. – P. 871–878.
22. *Янов, В.Н.* Аутодермальная пластика больших и гигантских послеоперационных пупочных грыж : автореф. дисс. ... д-ра мед. наук / В.Н. Янов. – М., 1978. – 38 с.
23. *Макаренко, Т.П.* Аутодермальная пластика при ventральных послеоперационных грыжах /

- Т.П. Макаренко [и др.] // Вестник хирургии, 1984. – № 6. – С. 21–25.
24. *Пенесян, Р.В.* Особенности течения послеоперационной раны при аутодермальной пластике брюшной стенки : автореф. дисс. ... канд. мед. наук / Р.В. Пенесян. – М., 1982. – 17 с.
25. *Каншин, Н.Н.* Использование аутодермальных имплантатов в хирургии / Н.Н. Каншин [и др.] // Хирургия. – 1989. – № 10. – С. 83–85.
26. *Шевченко, П.В.* Лечение послеоперационных грыж живота / П.В. Шевченко // Клиническая хирургия. – 1989. – № 2. – С. 4–6.
27. *Татти, Э.Я.* Аутодермальная пластика послеоперационных вентральных грыж и инструменты для ее выполнения : автореф. дисс. ... канд. мед. наук / Э.Я. Татти. – Л., 1990. – 13 с.
28. *Кочнев, О.С.* Аутодермально-монофильная пластика вентральных грыж / О.С. Кочнев [и др.] // Хирургия. – 1991. – № 9. – С. 113–118.
29. *Пушкин, С.Ю.* Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж и патогенетическое обоснование пластики комбинированным способом : автореф. дисс. ... канд. мед. наук / С.Ю. Пушкин. – Самара, 1999. – 19 с.
30. *Малярчук, В.И.* Применение армированного нитью «Никант» перфорированного аутодермального лоскута в хирургическом лечении послеоперационных вентральных грыж / В.И. Малярчук [и др.] // Материалы научно-практической конференции врачей, посвященные 100-летию хирургической службы Тверской области. – Тверь, 2002. – С. 99–101.
31. *Рудин, Э.П.* Аутодермальная пластика грыж брюшной стенки: 30 лет научного поиска, практического опыта и преподавания / Э.П. Рудин [и др.] // Актуальные вопросы клинической транспортной медицины. – М., 2003. – Т. 10. – С. 390–411.
32. *Рудин Э.П.* Лечение послеоперационных вентральных грыж / Э.П. Рудин [и др.] // Вестник хирургии. – 1990. – № 12. – С. 76–78.
33. *Шашко, К.Г.* Новый способ аутодермопластики в лечении послеоперационных вентральных грыж : дисс. ... канд. мед. наук / К.Г. Шашко. – М., 2003. – 120 с.
34. *Бородин, И.Ф.* Оперативное лечение срединных послеоперационных грыж живота / И.Ф. Бородин [и др.] // Вестник хирургии. – 1982. – № 12. – С. 29–31.
35. *Блынский, А.И.* Аутодермальная пластика больших, гигантских послеоперационных и рецидивных вентральных грыж / А.И. Блынский // Герниология. – 2005. – № 4. – С. 14–18.
36. *Задоян, Ю.С.* Оптимизация хирургического лечения больных с большими и гигантскими послеоперационными грыжами : дисс. ... канд. мед. наук / Ю.С. Задоян. – Н. Новгород. – 2006. – 121 с.
37. *Розметов, Р.Э.* Погружная аутодермопластика с лазерной дезэпителизацией кожи при послеоперационных грыжах живота : дисс. ... канд. мед. наук / Р.Э. Розметов. – М., 1990.
38. *Керимов, Э.Я.* Оперативное лечение после операционных вентральных грыж способом многослойной мышечно-апоневротической пластики и ретромускулярной аутодермопластики : дисс. ... канд. мед. наук / Э.Я. Керимов. – Харьков, 2000.
39. *Цыбырнэ, К.А.* Дермальная пластика в хирургии паренхиматозных органов / К.А. Цыбырнэ [и др.]. – Кишинев : Штиинца, 1985. – 280 с.
40. *Галимов, О.В.* Новые подходы к аутодермопластике вентральных грыж / О.В. Галимов [и др.] // Хирургия. – 2000. – № 5. – С. 41–42.
41. *Ханов, В.О.* Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж с применением аутодермального лоскута : дисс. ... канд. мед. наук / В.О. Ханов. – Уфа, 2000. – 108 с.
42. *Кузьменко, И.И.* Хирургическое лечение грыж передней брюшной стенки с применением материалов с памятью формы : автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.И. Кузьменко. – Иркутск, 2004. – 25 с.
43. *Ботезату, А.А.* Хирургическое лечение больших и гигантских срединных послеоперационных и рецидивных грыж брюшной стенки : дисс. ... канд. мед. наук / А.А. Ботезату. – М., 2004.
44. *Белоконев, В.И.* Патогенез и хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж / В.И. Белоконев [и др.]. – Самара, 2005. – 204 с.
45. *Омельченко, В.А.* Сравнительная оценка эффективности различных способов герниопластики при послеоперационных вентральных грыжах : дисс. ... канд. мед. наук / В.А. Омельченко. – СПб., 2006. – 124 с.
46. *Korenkov, M.* Randomized clinical trial of suture repair, polypropylene mesh or autodermal hernioplasty for incisional hernia / M. Korenkov [et al.] // British J. of Surg. – 2002. – 89. – P. 50–56.
47. *Тимошин, А.Д.* Конференция «Актуальные вопросы герниологии» / А.Д. Тимошин [и др.] // Хирургия. – 2007. – № 7. – С. 80.

*А.А.Ботезату*

*e-mail: botezatuaa@mail.ru*