

ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ АБДОМИНОПЛАСТИКИ ПОСЛЕ МАССИВНОГО СНИЖЕНИЯ ВЕСА ТЕЛА

Э. В. ШИХИРМАН

Клиника пластической хирургии «Shihirman», Москва

Сведения об авторах:

Эдуард Вадимович Шихирман – Клиника пластической хирургии «Shihirman», e-mail: shihirman@gmail.com

Определены особенности комбинированных методов абдоминопластики, их эффективность и осложнения при выполнении после массивного снижения веса тела. Показано, что многообразие выраженности изменений участков брюшной стенки после массивного снижения веса тела требует использования разнообразных методик абдоминопластики, что в конечном итоге складывается в индивидуальную схему, применение которой способствует оптимальному результату операции с минимальным риском послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: абдоминопластика; ожирение; кожно-жировой лоскут.

Задачами абдоминопластики у пациентов, перенесших значительное снижение веса, являются возврат нормальных эстетических пропорций живота путем уменьшения его выпуклости, подтягивание тканей лонной области кверху, раскрытие паховых складок и перемещение кожных растяжек в нижнюю, менее заметную зону [1, 4]. Многообразие сочетаний выраженности изменений различных слоев и участков передней брюшной стенки требует применения целого спектра оперативных методик, направленных на устранение определенных дефектов, что в конечном итоге складывается в индивидуальную схему, которая может привести к оптимальному результату операции с минимальным риском послеоперационных осложнений у конкретного пациента [2, 3, 6].

В общей сложности было выполнено 53 вмешательства, из которых 18 являлись комбинированными. В зависимости от ситуации, для выполнения абдоминопластики нами использовались различные виды доступа: поперечный, вертикальный и комбинированный. Наиболее часто мы применяли нижний оперативный доступ по Mladick и его модификации, а также доступ по Ramirez. При избытке тканей в нижнем отделе живота и верхней трети бедер мы предпочитали низкий горизонтальный разрез, позволяющий компенсировать эти излишки и подтянуть нижний край разреза кверху, навстречу верхнему лоскуту.

При малой подвижности тканей и нежелательной широкой мобилизации кожно-жирового лоскута вследствие повышения риска его ишемии, нами использовался более рациональный комбинированный разрез, или горизонтальный доступ, выполненный ближе к пупочному кольцу, что позволяло избежать чрезмерного натяжения и ишемии верхнего лоскута. Как правило, кожно-жировой лоскут мобилизовали до уровня пупка при небольших объемах абдоминопластики и до уровня мечевидного отростка грудины при полной пластике живота с переносом пупка и пластикой белой линии живота.

Мобилизация лоскута выше пупка в 3 случаях вызвала затруднения из-за наличия плотных соединительнотканых тяжей, фиксирующих жировую клетчатку к подлежащим тканям. Для увеличения подвижности тканей в верхнелатеральных участках брюшной стенки мы применяли липосакцию.

При расширении пупочного кольца и дефектах белой линии живота выше пупка, через которые проникала предбрюшинная жировая клетчатка (4 случая), мы выполняли иссечение этих выпячиваний и послойное закрытие дефектов. При ослаблении брюшной стенки вдоль белой линии и расхождении прямых мышц живота нами выполнялось сшивание влагалищ прямых мышц или мышечно-апоневротическая пластика.

В случаях выраженной дряблости апоневроза мы использовали мышечно-апоневротическую пластику белой линии живота, заключающуюся в рассечении влагалищ прямых мышц живота по медиальному краю и мобилизации прямых мышц, которые сшивались между собой над белой линией живота узловыми постоянными швами и укреплялись швами апоневроза. При недостаточном тоне брюшной стенки в нижних участках, ушивание белой линии дополнялось пластикой апоневроза наружной косой мышцы живота вдоль линии, соединяющей пупок с остью подвздошной кости слева и справа.

Кожный разрез для формирования пупочной воронки выполняли в виде перевернутой латинской буквы V, с длиной сторон не более 1,5 см. Жировую клетчатку под линией разреза иссекали в виде усеченного конуса, диаметр которого был равен толщине подкожно-жировой клетчатки в этой зоне. При выполнении вертикального или комбинированного разреза в точке формирования пупка из кожно-жирового лоскута также иссекали жировую клетчатку в виде конуса, а пупочную воронку подшивали циркулярно к коже и апоневрозу для создания более естественного вида втяжения пупка.

После формирования пупочного кольца между кожно-жировым лоскутом и мышечно-апоневротическим комплек-

сом накладывали отдельные лагирующие абсорбируемые швы, располагающиеся равномерно по всей поверхности отслоенного лоскута с натяжением медиально и книзу. Эти швы обеспечивали иммобилизацию лоскута относительно апоневроза с одновременным уменьшением напряжения на основной линии швов.

Величину излишков лоскута по средней линии мы определяли, смещая нижний край разреза кверху с таким же натяжением, как и верхний книзу. После этого измеряли избытки кожно-жирового лоскута в латеральных участках, при этом векторы натяжения распределялись в виде веера с условной средней точкой на уровне верхней ветви лонной кости. В случае обнаружения признаков ишемии натяжение тканей ослабляли или переводили горизонтальный разрез в комбинированный.

При отсутствии необходимости широкой мобилизации кожно-жирового лоскута передней брюшной стенки (при небольших избытках кожи над пупком) нами выполнялась миниабдоминопластика, при которой мобилизовался и иссекался участок тканей только в зоне над лонной костью. В 3 случаях, при слабости мышечного каркаса была выполнена пластика белой линии живота с наложением эндоскопических швов. При этом не потребовалось дополнительных разрезов и широкой мобилизации кожно-жирового лоскута.

Наиболее частыми осложнениями абдоминопластики в наших наблюдениях являлись гематомы и серомы брюшной стенки, возникшие в общей сложности у 32,1% пациентов при широкой мобилизации тканей. Иммобилизирующие швы, на наш взгляд, не только уменьшают смещение лоскута относительно мышечно-апоневротического комплекса, но и разделяют полость на отдельные участки, что локализует процесс. Большинство гематом было удалено путем их аспирации через толстую иглу или через небольшое вскрытие операционной раны в ранние сроки. Для полной ликвидации обширных сером требовалось до 6–8 пункций.

Слишком сильное натяжение тканей и напряжение при затягивании швов, недостаточно глубокое их наложение у 16,6% пациентов привело к прорезыванию нитей и расхождению швов в послеоперационном периоде. В последующем, выполнение таких простых рекомендаций, как ношение бандажа, расположение в кровати с немного подтянутыми к животу ногами в ранний послеоперационный период и несколько наклоненное положение туловища вперед при ходьбе в первые сутки после операции позволили уменьшить напряжение швов и создать благоприятные условия для заживления раны.

Несмотря на дооперационное и интраоперационное внутривенное введение антибиотиков, орошение полости антисептиками по ходу операции, адекватное дренирование и послойное закрытие операционной раны, в 8,3 % случаев нами были выявлены признаки инфицирования операционной раны. Однократного локального вскрытия операционной раны, промывания антисептиками и дренирования зоны воспаления для ликвидации этого осложнения практически во всех случаях оказалось достаточно.

Мы считаем, что широкая мобилизация кожно-жирового лоскута и чрезмерное его натяжение также в значительной степени повышают вероятность возникновения ишемии в дистальных участках лоскута. Кроме того, на наш взгляд, риск возникновения этих осложнений увеличивается при применении горизонтального разреза, поэтому, если во время операции возникали малейшие признаки ишемии тканей, мы переходили на комбинированный разрез.

В двух случаях легкая степень ишемии не была замечена нами во время операции и впоследствии, на 3–4 сутки послеоперационного периода, проявилась краевым некрозом тканей шириной до 1,5 см по ходу шва. В обоих случаях была выполнена некрэктомия с очищением краев раны и применением ферментных мазей до появления грануляций, после чего были наложены вторичные швы. На качестве послеоперационного результата это осложнение практически не отразилось.

У 5 пациентов были выявлены осложнения со стороны пупка: в трех случаях отмечалась его неправильная форма и расположение, в двух случаях – рубцовая деформация. Применение методики перевернутой латинской буквы V для пластики пупка позволяет, на наш взгляд, минимизировать послеоперационную деформацию пупочного кольца.

Большинство наших пациентов были удовлетворены качеством послеоперационных рубцов, однако в 14,2 % случаев нами было выявлено образование гипертрофических рубцов. Формирование келоидных рубцов не наблюдалось ни в одном из случаев.

У 80 % наших пациентов, перенесших абдоминопластику, отмечалось нарушение чувствительности в дистальном отделе лоскута в виде частичной анестезии или гиперестезии. Чувствительность восстанавливалась, как правило, в течение года после операции, однако не всегда полностью.

Безусловно, одним из существенных недостатков широкой абдоминопластики является большой рубец, простирающийся по всем сторонам брюшной стенки [5]. Однако большинство наших пациентов были единодушны в том мнении, что более приемлемый контур тела, достигнутый с минимально возможной хирургической агрессией, для них важнее. Немаловажным обстоятельством являлось и оптимальное расположение рубцов, позволяющее скрыть их под купальными костюмами.

Практически все пациенты были удовлетворены эстетическими результатами абдоминопластики, несмотря на большой шрам брюшной стенки. Очевидно, что эти результаты были далеки от идеальных, однако по сравнению с «исходной» ситуацией операция действительно позволила в значительной степени улучшить внешний вид и качество жизни пациентов.

В отдаленном послеоперационном периоде ограничения движений из-за боли в брюшной стенке ни в одном из случаев выявлено не было. Все пациенты улучшили свою двигательную активность, многие из них стали способны выполнять не только простой, но и усложненный комплекс физических упражнений. Ликвидация больших складок кожи облегчила проведение гигиенических процедур тела и значительно улучшила его

внешний вид, что сделало пациентов более уверенными в себе, в социальной и межличностной интеграции.

Список литературы

1. Кожемяцкий В.М., Ченцова В.И. Результаты абдоминопластики у пациентов с избыточной массой тела // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.* – 2004. – № 4. – С. 90–91.
2. Кунпан И.А., Шигалов О.В. Собственные результаты абдоминопластики // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.* – 2006. – № 2. – С. 42–47.
3. Ларичев А.Б., Тепляшин А.С., Еременко В.С. Особенности заживления ран и профилактика местных осложнений в пластической хирургии передней брюшной стенки // *Российский медицинский журнал.* – 2007. – № 5. – С. 11–14.
4. Сергеев И.П., Дмитриев В.Б. Хирургическая коррекция деформации передней брюшной стенки // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.* – 2005. – № 1. – С. 69–70.
5. Bennett JM, Mehta S, Rhodes M. Surgery for morbid obesity // *Postgrad Med J.* – 2007. – V. 83. – P. 8-15.
6. Kral JG, Näslund E. Surgical treatment of obesity // *Nat Clin Pract Endocrinol Metab.* – 2007. – V. 3. – № 8. – P. 574–83.

FEATURES OF THE ABDOMINOPLASTY AFTER MASSIVE LOSS OF BODY WEIGHT

E. V. SHIHIRMAN

Clinic of plastic surgery "Shihirman", Moscow

Information about the authors:

Edward V. Shihirman – Clinic of plastic surgery "Shihirman"

The features combined abdominoplasty techniques, their effectiveness and complications when performing after a massive reduction in body weight. It is shown that a variety of changes in the severity of the abdominal wall areas after a massive reduction in body weight requires the use of a variety of abdominoplasty procedures which ultimately develops into an individual scheme, the use of which contributes to the optimal result of the operation with minimal risk of postoperative complications.

Key words: abdominoplasty, obesity, skin and fat flap.