



Р. Б. Лисенко

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

## МОДИФІКОВАНА АБДОМІНОПЛАСТИКА ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ЗІ СКЛАДНИМИ ДЕФЕКТАМИ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ

**Мета роботи** — визначити ефективність використання модифікованої абдомінопластики при хірургічному лікуванні складних дефектів черевної стінки.

**Матеріали і методи.** У хірургічній клініці 1-ї міської клінічної лікарні м. Полтави за період із 2005 до 2015 рр. прооперовано 360 хворих зі складними дефектами черевної стінки. Серед пацієнтів переважали жінки — 309 (85,8%). Середній вік хворих — 61 рік. Тривалість захворювання — від 2 міс до 47 років, у середньому — 6,5 року. Деформацію черевної стінки виявлено у 289 (80,3%) пацієнтів. Локалізація дефекту черевної стінки: серединна — 306 (85%), бічна — 31 (8,6%), комбінована — 23 (6,4%) випадки. Розміри дефекту: W1 — 103 (28,6%), W2 — 188 (52,2%), W3 — 69 (19,2%) спостережень. Супутній діастаз прямих м'язів живота I ступеня виявлено у 179 (49,7%) пацієнтів, II — у 114 (31,7%), III — у 17 (4,7%). Поєднані хірургічні захворювання діагностовано у 332 (92,2%) хворих, у 18,1% із них — інтраабдомінальну патологію.

**Результати та обговорення.** У 274 (76,1%) пацієнтів зі складними дефектами черевної стінки виконано модифіковану абдомінопластику, що передбачала: 1) дерматоліпектомію, 2) герніотомію або герніолапаротомію з можливою корекцією інтраабдомінальної патології (за показаннями), 3) алопластику черевної стінки. Види виконаних дерматоліпектомій: поздовжня — 77 (28,1%), за Беккоком — 114 (41,6%), за Келлі — 6 (2,2%), за Фернандесом — 63 (22,9%), модифікована Фернандеса — 7 (2,5%), за Берсоном — 3 (1,1%), за Торекком — 2 (0,8%), за Гразером — 2 (0,8%). Симультанні операції проведено у 65 (18,1%) хворих. Застосовано такі види алопластики: onlay — 3 (0,8%), sublay — 289 (80,3%), sublay-inlay — 38 (10,6%), inlay — 3 (0,8%), Ramirez — 4 (1,1%), інтраабдомінальна — 2 (0,6%), комбінована — 21 (5,8%) випадок.

**Висновки.** Термін «абдомінопластика» має ширше значення, ніж вважалося раніше. Виконання модифікованої абдомінопластики потребують 76,1% пацієнтів зі складними дефектами черевної стінки, причому 23,7% із них — симультанних операцій з приводу захворювань органів черевної порожнини. Застосування модифікованої абдомінопластики у хворих зі складними дефектами черевної стінки поліпшує результати лікування.

■

**Ключові слова:** абдомінопластика, черевна стінка, дефекти.

Чіткого визначення поняття «складні дефекти черевної стінки» (СДЧС) немає, хоча термін останнім часом широко використовують [5]. Для класифікації СДЧС з метою поліпшення результатів лікування цієї групи пацієнтів критерії визначення СДЧС ми розподілили на чотири категорії: 1) розмір і поширення/локалізація, 2) стан тканин черевної стінки (ЧС) (контамінація, атрофія, контрактура, втрата опірності, рубці тощо), 3) анамнез пацієнта (попередні операції, супутня патологія, чинники ризику тощо), 4) індивідуальні клінічні особливості/клінічний сценарій (наявність супутньої патології ЧС, необхідність проведення симультанних хірургічних втручань тощо).

Хоча відновлення або поліпшення функціональних можливостей ЧС — це основна мета алопластики при СДЧС, особливу увагу слід приділити косметичним аспектам операції, які часто мають важливіше значення для пацієнтів. Характерне для сьогодення підвищення естетичних вимог пояснює бажання пацієнтів виглядати привабливо, мати струнку фігуру, природні контури і форму тіла [1—4, 6]. Пацієнти зі СДЧС зазвичай мають деформацію живота, яка може зберігатися й після операції, та потребують вирішення комплексу проблем. Часто дефекти ЧС поєднуються з естетичними деформаціями, спричиненими патологічними післяопераційними рубцями, трофічними виразками,

норицями, стомами. У хворих із надлишковою масою тіла відкладання жирової клітковини у нижній частині ЧС призводить до формування шкірно-жирового «фартуха» («відвислого живота»).

На нашу думку, від вибору оптимального оперативного доступу значною мірою залежить успішність операції, але більшість хірургів не приділяють цьому особливої уваги та переважно використовують розрізи над дефектом або випинанням, які обрамляють. Такі показники, як вид та розмір розрізу, глибина, межі відшарування клаптів, є емпіричними, що часто призводить до додаткової деформації зони операції та розвитку ускладнень.

Хірург, який проводить оперативне втручання з приводу СДЧС, для досягнення доброго результату має володіти різними методами лікування залежно від типу дефекту, наявності супутніх захворювань, стану хворого та його вподобань.

Абдомінопластика — одна з найбільш суперечливих операцій в естетичній та пластичній хірургії, при якій частота ускладнень досягає 27,5—30,8 % [2, 4—7, 10]. Поняття «абдомінопластика» передбачає методи оперативної корекції деформацій ЧС у вигляді надлишків шкіри і підшкірно-жирової клітковини, патологічних післяопераційних рубців, а також дефектів м'язово-апоневротичного шару в цій ділянці. Відомо декілька способів абдомінопластики [1—10].

Часто СДЧС, окрім косметичних деформацій, множинних деформувальних патологічних післяопераційних рубців, поєднуються з іншими дефектами ЧС, хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини, які потребують виконання симультанних операцій. Хірургічна бригада має володіти достатнім досвідом роботи у галузі порожнистої хірургії, а операційна — оснащена всім необхідним для проведення лапаротомії і втручання на органах черевної порожнини, тому виконання повноцінної абдомінопластики можливе лише в умовах загальнохірургічних стаціонарів багатопрофільних лікарень [2, 6, 10].

Актуальність проблеми зумовлена збільшенням кількості пацієнтів, які потребують виконання не лише абдомінопластики із суто естетичних міркувань, а й реконструкції передньої ЧС із приводу її дефектів, лікування супутніх хірургічних захворювань, зокрема черевної порожнини [5, 6, 9, 10].

**Мета роботи** — визначити ефективність використання модифікованої абдомінопластики при хірургічному лікуванні складних дефектів черевної стінки.

#### **МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ**

У хірургічній клініці 1-ї міської клінічної лікарні м. Полтави за період із 2005 до 2015 р. прооперовано 360 хворих із СДЧС. Серед пацієнтів переважали жінки — 309 (85,8 %). Середній вік хворих — 61 рік. Тривалість захворювання — від 2 міс до 47 років, у середньому — 6,5 року. 57 % хворих

тривало носили бандаж, що зазвичай призводило до більш виразних рубцевих змін тканин ЧС.

Згідно з міжнародною класифікацією Європейської асоціації хірургів-герніологів [5], серединну локалізацію дефекту ЧС (М) виявлено у 306 (85 %) хворих, бічні дефекти (L) — у 31 (8,6 %), із них у 17 — L3, комбіновані (ML) — у 23 (6,4 %), дефекти M1—3 — у 96 (31,4 %), M3—4 — у 82 (26,8 %), M4—5 — у 73 (23,8 %). У 55 (18,0 %) пацієнтів СДЧС був поширеним (M1—5). У 57 (15,8 %) хворих виявлено 2 та більше дефектів ЧС. За розміром основного дефекту розподіл був таким: W1 — 103 (28,6 %), W2 — 188 (52,2 %), W3 — 69 (19,2 %) випадків. Супутній діагностичний прямих м'язів живота відзначено у 179 (49,7) пацієнтів: I ступеня — у 88, II — у 74, III — у 17.

Супутні захворювання відзначено у 258 (71,7 %) хворих. Переважали захворювання серця, цукровий діабет, захворювання дихальних шляхів. Маса тіла становила від 79 до 165 кг, у середньому — 120 кг, індекс маси тіла — від 30,5 до 52,7 кг/м<sup>2</sup>, у середньому — 38,6 кг/м<sup>2</sup>. Ожиріння діагностовано у 158 (43,9 %) пацієнтів: 1-ї стадії — у 23 (14,5 %), 2-ї — у 38 (24,1 %), 3-ї — у 51 (32,3 %), супероожиріння — у 46 (29,1 %).

У 332 (92,2 %) хворих із СДЧС виявлено супутню патологію, що потребувала поєданого хірургічного лікування, з них у 18,1 % — інтраабдомінальні захворювання, з яких найчастішою патологією була жовчнокам'яна хвороба (5,7 %). Деформацію ЧС, яка потребувала хірургічної корекції, діагностовано у 267 (74,2 %) пацієнтів.

#### **РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ**

На нашу думку, наявність поєднаної патології, яка потребує хірургічного лікування, — це показання до виконання симультанних операцій у хворих із СДЧС.

Модифікованою абдомінопластикой ми називаємо хірургічне втручання у пацієнтів із СДЧС, яке передбачало: 1) дерматоліпектомію, 2) герніотомію або герніолапаротомію з можливою корекцією інтраабдомінальної патології (за показаннями), 3) алопластику ЧС. Таку операцію застосували у 274 (76,1 %) пацієнтів із СДЧС.

Оскільки ЧС за структурою відповідає будові багат шарової оболонки, при виконанні алопластики напружено-деформований стан її тканин може спричинити підвищення внутрішньочеревного тиску із розвитком абдомінального компартмент-синдрому. До такого наслідку може також призвести зшивання країв рани. Для запобігання цьому ускладненню важливе значення має вибір розрізу, виду дерматоліпектомії, абдомінопластики на етапах планування хірургічного втручання.

Згідно з формулою  $S = P/A$ , що більшою є площа (A) мобілізованих тканин, то меншим є напруження/натяг (S) у них при стабільному навантаженні (P). Ширший оперативний доступ,

роз'єднання та розшарування тканин у межах їх анатомо-фізіологічних можливостей дають змогу виконати більшу мобілізацію клаптів для закриття дефектів ЧС і таким чином зменшити їх натяг/напруження. Тому для досягнення якнайкращого ефекту і зменшення негативних наслідків при алопластиці СДЧС необхідно забезпечити оптимальний натяг тканин шляхом застосування раціональних (більших) операційних розрізів.

Проведені нами біомеханічні дослідження свідчать про неможливість єдиного підходу до оптимізації методик мобілізації країв дефектів у різних топографоанатомічних ділянках ЧС. Для кожної ділянки у конкретного пацієнта є чіткі межі відшарування та ступінь можливого натягу/напруження тканин у межах пластичної деформації без розвитку ускладнень.

Операційні розрізи ми розподілили на: середні, поперечні, бічні, комбіновані. Найбільш естетично виглядають поперечні розрізи, але їх застосування не завжди можливе.

Звертали особливу увагу на проведення ретельної доопераційної підготовки та застосування індивідуального підходу до вибору хірургічної технології у пацієнтів із деформацією ЧС.

Для симетричного та рівномірного видалення надмірного шкірно-жирового клаптя проводили доопераційне маркування розрізів у положенні пацієнта лежачи і стоячи.

При виборі виду дерматоліпектомії враховували анатомічні особливості, локалізацію та поширення дефекту ЧС, вираженість підшкірної жирової клітковини, наявність шкірно-жирового фартуха, післяопераційних рубців, трофічних виразок, нориць та їх розташування, вік пацієнта, його естетичні вподобання, а також локалізацію супутнього захворювання. Розрізи мають гарантувати доступність закриття дефекту, можливість вибору способу алопластики ЧС, неускладненого загоєння рани та формування естетичного рубця. У зону дерматоліпектомії намагалися залучити всі наявні післяопераційні рубці ЧС.

При дефектах серединної локалізації ЧС (M2—4) і незначних змінах шкіри над ними найчастіше застосовували поздовжній розріз із дерматоліпектомією у зоні алопластики.

При серединній локалізації дефекту ЧС (M1—5) та рубцевих змінах шкіри над ним у поєднанні з надлишком підшкірно-жирової клітковини в мезогастральній та гіпогастральній ділянках живота виконували дерматоліпектомію за Беккоком, широко висікаючи шкірно-підшкірний клапоть у поздовжньому напрямку від груднини до лобка.

У 3 (0,8 %) молодих пацієнток, у яких пупок був залучений у патологічний процес, косметично деформований і підлягав видаленню зі шкірно-підшкірним клаптем, при ушиванні операційної рани застосовано формування нової пупкової ямки шляхом створення втягнення, що імітує пупок.

При поєднанні дефектів серединної локалізації (M1—3) із дефектами верхньо-бічних відділів ЧС (L1) першим етапом виконували поздовжню дерматоліпектомію, яку доповнювали клиноподібним висіченням тканин із боку дефекту, видаляючи стоншену шкіру та підшкірну клітковину над випинанням.

При середньо-серединній локалізації дефекту (M2—4), змінений шкірі над ним та ожирінні без ознак відвисання живота застосовували еліпсоподібну дерматоліпектомію в мезогастральній ділянці в поперечному напрямку за Келлі.

При розташуванні дефекту в гіпогастральній, надлобковій ділянці (M4—5) або в нижньо-бічних відділах живота (L3), надмірній підшкірно-жировій клітковині у цих ділянках застосовували нижній горизонтальний розріз за Тореком у модифікації. Розтин проводили горизонтально на межі волосистої частини лобка, мобілізували верхній шкірно-жировий клапоть до рівня пупка та висікали надлишок тканин. Після алопластики ЧС ушивали рану із формуванням поперечного рубця (так звана лінія бікіні). За потреби доповнювали його V-подібним розрізом завдовжки 4—7 см у верхній частині по серединній лінії, видаляючи змінений пупок.

Деякі молоді пацієнти важливим естетичним аспектом операції вважали збереження пупка. У зв'язку з цим у 4 (1,1 %) хворих модифіковану абдомінопластику виконано зі збереженням пупка. Для цього обрамляючим пупок розрізом останній висікали і залишали на сполучно-тканинній судинній ніжці, яку з мінімальною травматизацією мобілізували до апоневрозу. Потім переміщували пупок на нове місце. Розміри та форму майбутнього пупка обговорювали з пацієнтом до операції.

У хворих із абдомінальним типом ожиріння, виразною нижньою жировою складкою живота, локалізацією дефекту M1—5 та L3 використовували «якореподібне» висічення надлишку перерозтягнутої шкіри, підшкірної клітковини та жирового «висячого фартуха» живота з видаленням старого післяопераційного рубця у мезо- та гіпогастрії (методика Фернандеса). При зшиванні рани після цього розрізу утворювався T-подібний рубець.

Однак часто, незважаючи на всі попередні вимірювання величини майбутніх розрізів, нижній край рани виявлявся довшим, а при зшиванні різних за довжиною країв рани на довшому клапті завжди утворювалися «надлишки» шкіри. Для усунення цих недоліків у 7 (1,9 %) хворих виконували абдомінопластику за методикою, розробленою в нашій клініці (патент України на корисну модель № 51930 від 10.08.2010 р.).

Запропонований спосіб абдомінопластики передбачає виконання дерматоліпектомії з видаленням надлишку перерозтягнутої шкіри, підшкірної клітковини, післяопераційного рубця та жирового «висячого фартуха» живота «якорепо-

дібним» розрізом та відрізняється використанням двох V-подібних розрізів по нижньому краю рани симетрично з обох боків від середньої лінії, що дає змогу досягти більш адекватного зіставлення верхнього та нижнього клаптів шкіри, кращого косметичного ефекту та кращого загоєння післяопераційної рани.

У 3 (0,8 %) пацієнтів для повноцінного висічення рубцевозмінених тканин та адаптації країв рани виконано дерматоліпектомію за Берсоном, яка передбачала застосування розрізу за Фернандесом та додаткового V-подібного розрізу над лоном наприкінці операції. При зшиванні рани після розрізу за Берсоном утворювався хрестоподібний рубець.

У хворих із хронічними гнійними процесами у ділянці дефекту ЧС одночасно з дерматоліпектомією та герніотомією виконували радикальну хірургічну обробку гнійного вогнища. Пацієнтам із норицями до початку операції норицевий хід зафарбовували 1 % розчином брильянтового зеленого. Одномоментно висікали єдиним блоком деформовані рубцевозмінені тканини ЧС разом із гризовим мішком, норицевим ходом та його кишеними, а також лігатурні гранульози і мікроабсцеси. На нашу думку, такий спосіб важливий та необхідний для запобігання нагноєнню післяопераційної рани.

Види дерматоліпектомій, які застосовано у хворих із СДЧС: поздовжня — 77 (28,1 %), за Бебком — 114 (41,6 %), за Келлі — 6 (2,2 %), за Фер-

нандесом — 63 (22,9 %), модифікована Фернандеса — 7 (2,5 %), за Берсоном — 3 (1,1 %), за Торком — 2 (0,8 %), за Гразером — 2 (0,8 %).

Симультанні операції при поєднанні СДЧС та захворювань органів черевної порожнини виконано у 65 (18,1 %) хворих (таблиця)

Для виконання інтраабдомінального етапу операції при поєднаній патології ПЧС та органів черевної порожнини у 62 (17,2 %) хворих із середньою локалізацією дефекту довелося розширити дефект, тобто провести герніолапаротомію. У 264 (70,1 %) пацієнтів під час операції виконано тотальний вісцероліз, а у 15 (4,2 %) — частковий. Резекцію великого чепця проведено у 192 (53,3 %) хворих. Усі симультанні операції виконано за стандартними методиками. Специфічних ускладнень не спостерігали.

Виконання симультанних операцій у хворих із СДЧС запобігає загостренню поєданого хірургічного захворювання і необхідності проведення відтермінованих або екстрених оперативних втручань, зменшує частоту виникнення рецидивів, загальний ліжко-день, витрати на лікування та соціальне страхування. Це свідчить про медичну доцільність і високу соціально-економічну ефективність виконання симультанних операцій у зазначеній категорії пацієнтів.

Після виконання дерматоліпектомії створювалися оптимальні умови для повноцінної ревізії всього апоневрозу ЧС, уточнення розмірів дефекту, його розширення. Широка мобілізація тканин

Т а б л и ц я  
Види симультанних операцій, виконаних хворим зі складними дефектами черевної стінки

Операція	Вимушена (n = 34)	Запланована (n = 312)	Усього (n = 346)
Дерматоліпектомія	7 (1,9%)	267 (74,2%)	274 (76,1%)
Усунення кишкової непрохідності	5 (1,4%)	2 (0,6%)	7 (1,9%)
Резекція тонкої кишки	4 (1,1%)	2 (0,6%)	6 (1,7%)
Видалення кісти яєчника	3 (0,8%)	3 (0,8%)	6 (1,7%)
Надпихова ампутація матки	2 (0,6%)	5 (1,4%)	7 (0,7%)
Екстирпація матки з додатками	1 (0,3%)	3 (0,8%)	4 (1,1%)
Правобічна геміколектомія	1 (0,3%)	0	1 (0,3%)
Апендектомія	5 (1,4%)	0	5 (1,4%)
Видалення ліптоми черевної стінки	1 (0,3%)	2 (0,6%)	3 (0,8%)
Холецистектомія	3 (0,8%)	16 (4,4%)	19 (5,3%)
Реконструкція товстої кишки за Соаве	1 (0,3%)	0	1 (0,3%)
Вентрофіксація матки	0	2 (0,6%)	2 (0,6%)
Цистогастростомія	0	1 (0,3%)	1 (0,3%)
Пластика пахової грижі	1 (0,3%)	5 (1,4%)	6 (1,7%)
Видалення доброякісних пухлин шкіри	0	4 (1,1%)	4 (1,1%)

давала змогу виявити ділянки «слабкості», дефекти ЧС, не встановлені до операції. У 76 (20,6 %) хворих, крім основного дефекту виявлено 2 та більше додаткових отворів ЧС. Усі дефекти завжди з'єднували, слабкі місця наближених тканин висікали, формуючи один загальний дефект у поздовжньому напрямку, що за формою відповідав еліпсу. Після обробки країв дефекту виконували алопластику ЧС для його закриття.

Вибір способу алопластики залежав від зони розташування дефекту, його розміру, форми, стану тканин ЧС, можливості їх зведення без суттєвого натягу, створення оптимального об'єму черевної порожнини, вірогідності виникнення післяопераційних ускладнень.

Пацієнтам із СДЧС виконано різні види алопластики: onlay — у 3 (0,8 %), sublay — у 289 (80,3 %), sublay-inlay — у 38 (10,6 %), inlay — у 3 (0,8 %), у модифікації Ramirez — у 4 (1,1 %), інтраабдомінальну — у 2 (0,6 %), комбіновану — у 21 (5,8 %).

Тривалість операції становила в середньому 160 хв. Довжина дефекту дорівнювала в середньому 23,5 см, його ширина — 11,5 см, площа — 270 см<sup>2</sup>; площа сітки — 440 см<sup>2</sup>.

Під кінець операції рану завжди дренивали силіконовими дренажами з активним аспіруванням виділень. У післяопераційний період значну увагу приділяли профілактиці ускладнень. Дренажі видаляли на 3-тю—4-ту добу, а шви знімали на 7-му—14-ту добу.

Використання розробленої нами методики дозволило досягти не лише максимального естетичного ефекту, а й значно зменшити кількість післяопераційних ускладнень. Серому діагностовано в 11 (4,0 %) хворих, підшкірний серозний інфільтрат — у 5 (1,8 %), нагноєння рани — у 2 (0,7 %), абдомінальний компартмент-синдром —

у 4 (1,5 %), абсцес ЧС — у 1 (0,4 %), лігатурну норицю — у 3 (1,1 %), рецидив — у 4 (1,5 %).

Протягом першого року після операції більшість хворих відзначали зменшення маси тіла до 17 % від попередньої, але надалі вони рекомендацій щодо дієти не дотримувалися, тому подальше зменшення маси тіла не відбувалося. Всі пацієнти позитивно оцінили косметичний ефект операції.

Таким чином, наявність у пацієнта СДЧС — це виклик для хірурга. Тому розуміння етіопатогенезу, ретельне періопераційне планування, контролювання чинників ризику, системний комплексний підхід поліпшують результати лікування цієї категорії хворих.

### ВИСНОВКИ

Термін «абдомінопластика» має ширше значення, ніж вважалося раніше. Виконання модифікованої абдомінопластики потребують 76,1 % пацієнтів зі складними дефектами черевної стінки, причому 23,7 % із них — симультанних операцій з приводу захворювань органів черевної порожнини.

Застосування модифікованої абдомінопластики у хворих зі складними дефектами черевної стінки забезпечує: 1) максимально можливе видалення післяопераційних рубців, трофічних виразок, нориць, надлишкових м'яких тканин, 2) ширший операційний доступ до відділів черевної стінки та оптимальну ревізію апоневрозу для визначення дефектів, не виявлених на етапі обстеження, 3) можливість проведення симультанної корекції інтраабдомінальної патології, 4) доступність закриття дефекту, можливість вибору способу алопластики, 5) формування адекватних клаптів для ушивання рани, 6) профілактику розвитку ускладнень, 7) значний естетичний ефект, 8) соціальну реабілітацію.

### Література

1. Валенберг А. М. Справочник по косметической хирургии. — М.: Книга, 1986. — 254 с.
2. Дронов О. І., Рошина Л. О., Федорук В. І. та ін. Абдомінопластика: історія та еволюція методів // Хірургія України. — 2011. — № 3 (39). — С. 78—81.
3. Жебровский В. В., Ильченко Ф. Н. Атлас операций при грыжах живота. — Симферополь: Элиньо, 2005. — 315 с.
4. Пшениснов К. П. Курс пластической хирургии: Рук-во для врачей: В 2 т. — Ярославль; Рыбинск: Рыбинский дом печати, 2010. — Т. 2. — 665 с.
5. Фелештинский Я. П. Післяопераційні вентральні грижі. — К., 2012. — 200 с.
6. Храпач В. В. Абдомінопластика // Основы пластической и реконструктивной хирургии. — К.: Аскания, 2011. — Т. 5. — 119 с.
7. Gliksman J., Himy S., Ringenbach P., Andreoletti J. B. Abdominoplasty: towards a two procedures surgery? Retrospective study of postoperative complications about 100 cases // Ann. Chir. Plast. Esthet. — 2006. — Vol. 51, N 2. — P. 151—156.
8. Ramirez O. M. Abdominoplasty and abdominal wall rehabilitation: A comprehensive approach // Plast. Reconstr Surg. — 2000. — Vol. 105 (1). — P. 425—435.
9. Ramirez O. M., Robertson K. M., Khan A. Abdominoplasty technique: a personal approach // Aesthetic surgery of the abdominal wall / Ed. by M. A. Shiffman, S. Mirrafati. — Berlin: Springer, 2005. — P. 115—120.
10. Wallach S. G., Matarasso A. Abdominoplasty: classification and patient selection // Aesthetic surgery of the abdominal wall / Ed. by M. A. Shiffman, S. Mirrafati. — Berlin: Springer, 2005. — P. 70—86.

**Р. Б. Лисенко**

ВГУЗ України «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

## МОДИФИЦІРОВАНА АБДОМИНОПЛАСТИКА ПРИ ХІРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СО СЛОЖНЫМИ ДЕФЕКТАМИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

**Цель работы** — определить эффективность использования модифицированной абдоминопластики при хирургическом лечении сложных дефектов брюшной стенки.

**Материалы и методы.** В хирургической клинике 1-й городской клинической больницы г. Полтавы за период с 2005 по 2015 г. прооперировано 360 больных со сложными дефектами брюшной стенки. Среди пациентов преобладали женщины — 309 (85,8 %). Средний возраст больных — 61 год. Длительность заболевания — от 2 мес до 47 лет, в среднем — 6,5 года. Деформацию брюшной стенки выявлено у 289 (80,3 %) пациентов. Локализация дефекта брюшной стенки: срединная — 306 (85 %), боковая — 31 (8,6 %), комбинированная — 23 (6,4 %) случая. Размеры дефекта: W1 — 103 (28,6 %), W2 — 188 (52,2 %), W3 — 69 (19,2 %) наблюдений. Сопутствующий диастаз прямых мышц живота I степени диагностирован у 179 (49,7 %) пациентов, II — у 114 (31,7 %), III — у 17 (4,7 %). Сочетанные хирургические заболевания выявлены у 332 (92,2 %) больных со сложными дефектами брюшной стенки, у 18,1 % из них — интраабдоминальная патология.

**Результаты и обсуждение.** У пациентов со сложными дефектами брюшной стенки выполнена модифицированная абдоминопластика: 1) дерматоліпектомія; 2) герніотомія или герніолапаротомія с возможной коррекцией интраабдоминальной патологии (по показаниям), 3) аллопластика брюшной стенки. Виды выполненных дерматоліпектомій: продольная — 77 (28,1 %), по Беккоку — 114 (41,6 %), по Келли — 6 (2,2 %), по Фернандесу — 63 (22,9 %), модифицированная Фернандеса — 7 (2,5 %), по Берсону — 3 (1,1 %), по Тореку — 2 (0,8 %), по Гразеру — 2 (0,8 %). Симультаные операции проведены у 65 (18,1 %) больных. Выполнены такие виды аллопластики: onlay — 3 (0,8 %), sublay — 289 (80,3 %), sublay-inlay — 38 (10,6 %), inlay — 3 (0,8 %), Ramirez — 4 (1,1 %), интраабдоминальная — 2 (0,6 %), комбинированная — 21 (5,8 %) случаев.

**Выводы.** Термин «абдоминопластика» имеет более широкое значение, чем считалось ранее. Выполнения модифицированной абдоминопластики требуют 76,1 % пациентов со сложными дефектами брюшной стенки, причем 23,7 % из них — симультаных операций по поводу заболеваний органов брюшной полости. Применение модифицированной абдоминопластики у больных со сложными дефектами брюшной стенки улучшает результаты лечения.

**Ключевые слова:** абдоминопластика, брюшная стенка, дефекты.

**R. B. Lysenko**

The Higher State Educational Establishment of Ukraine «Ukrainian Medical Stomatological Academy», Poltava

## MODIFIED ABDOMINOPLASTY IN THE SURGICAL TREATMENT OF COMPLEX ABDOMINAL WALL DEFECTS

**The aim** — to determine the modified abdominoplasty efficiency in the surgical treatment of complex abdominal wall defects.

**Materials and methods.** In the surgical clinic during the period from 2005 to 2015 360 patients with complex abdominal wall defects were operated. The women predominated among other patients — 309 (85.8 %). The average age was 61 years. Duration of disease — from 2 months to 47 years on average — 6.5 years. The abdominal wall deformations were detected in 289 patients (80.3 %). The defect localization was middle (M) — 306 (85 %), lateral (L) — 31 (8.6 %), combined (ML) in 23 (6.4 %). The size of the defects was W1 — 103 (28.6 %), W2 — 188 (52.2 %), W3 — 69 (19.2 %). Related diastasis recti I stage was diagnosed in 179 (49.7 %) patients, II — in 114 (31.7 %), III — 17 (4.7 %). Combined surgical diseases were detected in 332 (92.2 %) patients with complex defects in the abdominal wall, in 18.1 % of them — the intra-abdominal pathology.

**Results and discussion.** The modified abdominoplasty: 1) dermolipectomy; 2) herniotomy or herniolaparotomy with possible correction of intra-abdominal pathology (if indicated), 3) abdominal wall alloplasty has been performed in patients with complex abdominal wall defects. Dermolipectomy types included longitudinal — 77 (28.1 %), by Babcock — 114 (41.6 %), by Kelly — 6 (2.2 %), by Fernandez — 63 (22.9 %), modified Fernandez — 7 (2.5 %), by Berson — 3 (1.1 %), by Thorek — 2 (0.8 %), by Grazer — 2 (0.8 %). Simultaneous operation has been performed in 65 patients (18.1 %). The alloplasty types were: «onlay» — 3 (0.8 %), «sublay» — 289 (80.3 %), «sublay-inlay» — 38 (10.6 %), «inlay» — 3 (0.8 %), Ramirez — 4 (1.1 %), intra-abdominal — 2 (0.6 %), combined — 21 (5.8 %).

**Conclusions.** The term «abdominoplasty» has a much wider definition than previously considered. 76.1 % of patients with complex abdominal wall defects requiring implementation of the modified abdominoplasty, and 23.7 % of them needs simultaneous operations for the abdominal cavity diseases. The modified abdominoplasty in patients with complex abdominal wall defects improves their treatment results.

**Key words:** abdominoplasty, abdominal wall, defects.