



В.В. Бойко, И.А. Тарабан,
Е.В. Мишенина

ГУ «Институт общей
и неотложной хирургии НАМН
Украины», г. Харьков

© Коллектив авторов

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ АБДОМИНОПЛАСТИКИ

Резюме. В статье представлены проблемы эффективно-го и прогнозируемого лечения ожирения, подробно описан ряд современных модификаций абдоминопластики, а так же предложена ее классификация. Описаны показания и хирургические особенности каждого вида абдоминопластики. Рассмотрены литературные данные, посвященные основным методам операции, их преимущества и недостатки. Освящена актуальность рассмотренной темы в современной хирургии.

Ключевые слова: ожирение, абдоминопластика, липосакция, дермолипопластика

Актуальным разделом современной эстетической и пластической хирургии является абдоминопластика, которая предусматривает коррекцию силуэта тела человека. Деформация передней брюшной стенки в значительной мере обусловлена локальным чрезмерным отложением подкожно жировой клетчатки [2, 8]. Большинство (до 70 %) пациентов, которым показана хирургическая коррекция передней брюшной стенки, страдают именно ожирением [1, 9]. Важность этой проблемы определяется угрозой инвалидизации особ молодого возраста, снижением продолжительности жизни, вследствие возникновения сопутствующих заболеваний [1].

Проблема эффективного, прогнозируемого лечения ожирения является одной из актуальных проблем медицины. По данным исследователей, динамика обращаемости по поводу ожирения неуклонно растет [1, 10]. Наличие на рынке услуг, широко рекламируемых и пропагандируемых методов лечения ожирения, препаратов, аппаратов и прочего, дезориентируют не только пациентов, решивших улучшить или кардинально уменьшить массу тела, но и специалистов.

Полисиндромность ожирения и его клинических проявлений обуславливает необходимость применения комбинированных подходов к решению проблемы. При этом следует учитывать не только лечебную и реабилитационную тактику, но и последующие меры профилактики избыточной массы тела [1, 2, 7]. Пациент должен быть информирован обо всех современных хирургических методах лечения ожирения, их достоинствах и недостатках, возможных последствиях и осложнениях.

Планирование лечения ожирения осуществляется с момента первого контакта врача с пациентом. Программа лечения может изменяться в ходе общения, но конечный результат должен быть известен пациенту до вмешательства. Выбор операционной техники, методов расширенных операций, миниинвазивных ме-

тодик согласовывают с пациентом в зависимости от его исходного состояния, исходного индекса массы тела, наличия сопутствующих заболеваний и желаемого результата [3, 5]. Возможности пациента могут быть ограничены состоянием здоровья, временем и другими условиями. Предложения хирурга зависят от его концептуального видения проблемы, владения методиками, личных предпочтений и прочих факторов, исходя из принципов целесообразности [7, 11].

Достижение конечного гармоничного результата возможно при условии необходимого уменьшения массы тела, ее стабилизации, коррекции нарушений гомеостаза и, при необходимости, хирургической коррекции фигуры с лифтингом мягких тканей [7, 15].

Абдоминопластика – это объемное хирургическое вмешательство, направленное на устранение диастаза мышц передней брюшной стенки, а так же удаление избытка кожи и жировой клетчатки, с целью восстановления нормальных эстетических пропорций передней брюшной стенки [10]. Несмотря на развитие высокотехнологической аппаратуры, совершенствование профессиональных качеств хирургов и многолетний опыт выполнения хирургической коррекции передней брюшной стенки, она все еще остается одним из самых сложных оперативных вмешательств в пластической хирургии [13, 21].

В последние годы наблюдается развитие и совершенствование различных методов абдоминопластики. Усилия врачей направлены на получение оптимальных результатов. Однако несмотря на то, что количество осложнений сведено к минимуму, хирурги с осторожностью принимают решения о таких операциях [18, 22].

Хирургическая коррекция передней брюшной стенки несет агрессивный характер и может сопровождаться различными осложнениями [23]. Они связаны с широкой мобилизацией кожно-жирового лоскута, наличием

сопутствующей патологии соматического характера (метаболический синдром), зависят от реактивных способностей организма и послеоперационного изменения некоторых параметров гомеостаза. Частота осложнений хирургической коррекции передней брюшной стенки достигает 30,8 % [8, 9, 19]. Отмечено, что у больных с ожирением число осложнений, возрастает прямо пропорционально степени ожирения [1]. Возникновение осложнений, свидетельствует о неоднозначности методики коррекции передней брюшной стенки, неполноценности некоторых технических приёмов необходимых для предотвращения осложнений.

Не всегда требование пациента совпадает с мнением хирурга, так как пациенты часто хотят максимально полной коррекции имеющихся нарушений. В связи с этим для каждого пациента требуется особый подход в выборе метода хирургического лечения и разработка дифференцированного комплекса мероприятий, направленных на профилактику и лечение послеоперационных осложнений [9, 17].

В современной пластической хирургии абдоминопластика имеет ряд модификаций. Новые методы коррекции живота позволяют выполнять операции менее травматично и формировать привлекательный пупок [16]. Внедрение липосакции позволило увеличить возможности в достижении эффективных результатов, а так же значительно уменьшить количество осложнений, таких как, например, сером [5, 14, 24]. Как правило, абдоминопластику выполняют с целью достижения функционального или эстетического эффекта. Функциональный эффект прямо пропорционален возрасту пациента [12, 20]. Обращаемость с целью восстановления нормальных пропорций тела в последнее время увеличилось, а это заставляет искать новые усовершенствованные методы хирургической коррекции передней брюшной стенки, обеспечивающие предсказуемые результаты в виде коротких малозаметных послеоперационных рубцов.

Мы подразделяем абдоминопластику на:

- классическую;
- миниабдоминопластику;
- абдоминопластику по редко используемому методу.

Классическая абдоминопластика. При выполнении классического варианта производится разрез в нижних отделах живота, диссекция и иссечение избытков кожно-жирового лоскута, укрепление апоневроза (чаще в виде его пликаций при наличии диастаза мышц живота) и транспозиция пупка. По вектору натяжения лоскута в классической абдоминопластики различают:

– традиционную абдоминопластику по Pitanguy, при которой лоскут натягивают при-

емущественно в вертикальном направлении (рис. 1)

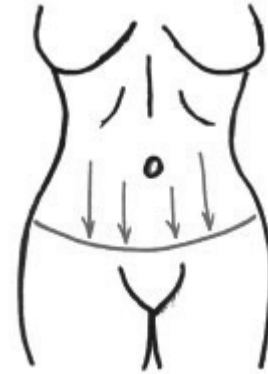


Рис. 1. Традиционная абдоминопластика

– напряженно-боковую абдоминопластику (high – lateral – tension abdominoplasty) по Lockwood, при котором лоскут натягивают в латеральном направлении (рис. 2).

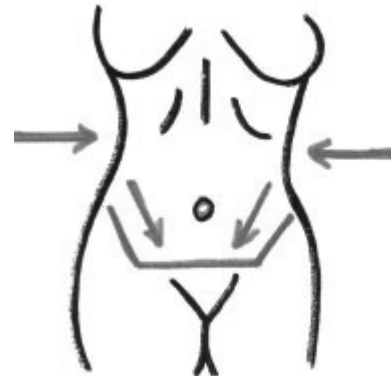


Рис. 2. Напряженно-боковая абдоминопластика

Современной модификацией классической абдоминопластики является липоабдоминопластика Saldanha. Комбинация с липосакцией позволяет уменьшить боковую отслойку лоскута и снизить травматизацию мягких тканей передней брюшной стенки.

Так, классическая абдоминопластика, более показана пациентам со значительными изменениями передней брюшной стенки, с успехом дополняется липосакцией боковых и верхних отделов лоскута и эндоскопическим выделением сосудисто-нервных перфорантов при мобилизации верхних отделов лоскута. Весьма эффективна комбинация абдоминопластики и герниопластики при наличии вентральных грыж, в том числе – методом «ненатяжной герниопластики» с применением синтетических сеток. Можно отметить положительное влияние абдоминопластики на контур верхней трети бедер и лобковую область. При операции происходит подтяжка данных зон, что значительно улучшает результат. Для предотвращения осложнений при классической абдоминопла-



пластики применяются превентивные меры: сохранение 2- 3 мм ткани на апоневрозе вне области швов (для профилактики лимфорей) и наложение разгрузочных (промежуточных) швов между кожно-жировым лоскутом и апоневрозом (для уменьшения объема послеоперационной полости).

Миниабдоминопластика. К ней мы относим методы, направленные на устранение диастаза прямых мышц, иссечение избытков кожно-жирового лоскута в нижних отделах живота без транспозиции пупка. Здесь мы выделяем три группы:

- эндоскопическая миниабдоминопластика
- ушивание диастаза прямых мышц живота с применением эндоскопической техники, без иссечения кожно-жирового лоскута (рис. 3).

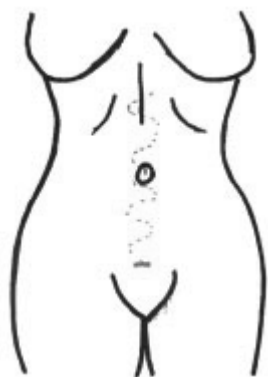


Рис. 3. Ушивание диастаза прямых мышц живота с применением эндоскопических технологий.

Различают Северо-Американский вариант по Johnson и Южно-Американский по Fargio-Correa. В первом случае пликация апоневроза осуществляется через два разреза в надлобковой области и вертикальный разрез в пупке, а во втором — через Y-образный разрез в области пупка и прокол в надлобковой области;

- дермолипопластика — тщательная липосакция (обычно ультразвуковая), деэпидермизация и пликация избытков кожно-жирового лоскута;

- эксцизионная миниабдоминопластика — иссечение избытков кожно-жирового лоскута в надлобковой области и ушивание диастаза (horseshoe abdominoplasty), triple placation mini-abdominoplasty (рис. 4).

Миниабдоминопластика прекрасно решает проблемы при незначительной деформации передней брюшной стенки и подходит пациентам с минимальным растяжением апоневроза. В комбинации с липосакцией прилегающих отделов, миниабдоминопластика, позволяет получить оптимальный результат при минимальной травматизации и сокращении восстановительного периода. Применение методик, адекватных имеющимся проблемам, сокращает реабилитационный период, что не-

маловажно для работающих пациентов. Тем более, очевидны преимущества эндоскопической абдоминопластики, при которой инцизионная отслойка тканей минимальна и ограничивается площадью диастаза прямых мышц. Применение эндоскопической техники позволяет максимально сократить длину послеоперационных рубцов и уменьшить риск развития послеоперационных осложнений, таких как гематома, серома, некроз лоскута.

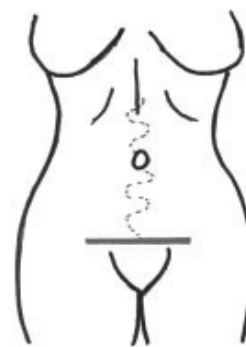


Рис. 4. Эксцизионная миниабдоминопластика

Дермолипопластика благодаря простоте и надежности составила конкуренцию традиционным методам абдоминопластики у пациентов с умеренной толщиной подкожного жирового слоя, отсутствием «фартука» тканей под пупком и незначительной релаксацией тканей передней брюшной стенки. До ее появления, именно у этой группы пациентов имелось несоответствие между умеренной контурной эстетической деформацией живота и травматичностью применяемых методов. Кроме того, новая технология более успешно решала проблемы пациентов, у которых не требовалось выполнять перемещение пупка. Но клинические опыты показывают, что нужно идти дальше, адаптируя его к пациентам со значительными избытками массы тела и совсем другими проблемами. Таким образом, в основу данной операции положены следующие принципы:

- удаление максимального количества подкожно-жировой клетчатки;

- практическое отсутствие отслойки тканей над апоневрозом мышц передней брюшной стенки;

- максимальное сохранение путей лимфоотока и кровообращения тканей передней брюшной стенки;

- возможность одновременной коррекции тела в смежных областях;

- быстрое соматическое восстановление пациента после операции.

Абдоминопластика по редко используемым методикам. К этой группе относятся, например, реверсивная вертикальная и fleur — de — lis абдоминопластики.

Реверсивная (переменная) абдоминопластика является необычной и в тоже время оптимальной операцией для коррекции формы живота в случаях, когда имеется слабость (провисание) мягких тканей брюшной и грудной и стенок. Одномоментная слабость тканей живота и груди часто возникает после массивной потери веса и называется дерматолипохализис. Коррекцию данных изменений тела лучше выполнять так же одномоментно, что позволяет делать реверсивная абдоминопластика. Рубец после реверсивной абдоминопластики хорошо скрыт в кожных складках под грудью. Особенность такого доступа позволяет выполнять пластику живота, совместно с увеличением, подтяжкой или редукционной пластикой груди.

Fleur – De – Lis пластику живота живота можно считать элитной версией пластики живота. Предназначается для пациентов с большим количеством удаляемого жира, и оставляет после себя заметный шрам в виде перевернутой буквы «Т».

Но в силу травматичности, неэстетичности и высокой стоимости эти операции применяются крайне редко.

Разнообразие методик исправления формы передней брюшной стенки определяется множеством анатомических особенностей пациентов и причин, приводящих к нарушению формы живота. Поэтому невозможно выявить какую-либо одну технику, которая в каждом конкретном случае удовлетворяла бы все требования пациента и хирурга. Возможность получения хорошего воспроизводимого результата базируется на сочетании достоинств имеющихся в арсенале хирурга методов.

В заключение можно отметить, что применение современных методик, адекватных индивидуальным особенностям, позволяет достичь оптимального результата. Наблюдаемые тенденции развития абдоминопластики определяются повышением эффективности имеющихся и разработкой новых, менее инвазивных методик.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аспирационная липэктомия у больных алиментарно-конституциональным ожирением / А.С. Горбунов, Н.М. Кузин, М.С. Леонтьева [и др.] // Хирургия. – 2006. – № 5. – С. 36–39.
2. Гинзбург М.М. Ожирение. Влияние на развитие метаболического синдрома. Профилактика и лечение / М.М. Гинзбург, Н.Н. Крюков. – М.: Медпрактика М, 2002. – С. 6–35.
3. Голубков Н.А. Абдоминопластика как элемент формирования контуров тела. Метод пластики живота с латеральным натяжением / Н.А. Голубков: сб. тезисов [Пластическая хирургия и эстетическая дерматология]. – Ярославль 8–11 июня 2003. – С. 143.
4. Горбунов А.С. Сакционная липэктомия в хирургии / А.С. Горбунов, Н.М. Кузин // Хирургия. – 2007. – № 4. – С. 70–73.
5. Грунелле Б. Дермолипопластика / Б. Грунелле, Д. Бовин, Л. Вентергем // Эстетическая медицина. – 2002. – Т. 1, № 3. – С. 254–267.
6. Иванченкова Т.А. Влияние липосакции и абдоминопластики на состояние видов обмена веществ / Т.А. Иванченкова, В.А. Виссарионов // Вест. Эстет. Мед. – 2005. № 3. – С. 78.
7. Изменения параметров гомеостаза после реконструктивно-эстетических операций на передней стенке живота / Исупова З.Г., Виссарионов В.А., Кузнецов Н.Н., Вершинина Г.А. // Уральск, мед. обозрение. 1997. – № 4–5 (19–20). – С. 41–45.
8. Лобанова С.Н. К вопросу косметической абдоминопластики / С.Н. Лобанова // Современные вопросы косметологии. – М., 2005. – С. 115–117.
9. Эстетическая коррекция передней брюшной стенки / А.В. Шумило, А.И. Украинский, В.А. Брагилев, С.П. Швырев // Сб. тезисов. Пластическая хирургия и эстетическая дерматология. – Ярославль, 8–11 июня 2003. – С. 143–144.
10. *Abdominoplasty* / В. М. Achauer, Е. Ericsson, В. Guyuron [et al.] // *Plastic Sugery: Indications, Operation, and Outcomes* – 2008. – Vol. V. – P. 2783.
11. *Andal Thirumation*. Geometric incision designing for abdominoplasty / Andal Thirumation., Sanjay K. Varma. // *Plast. Reconstr. Surg.* 2008. – Vol. 109, N. 7. – P. – 2534–2538.
12. *Aston S.A.* Abdominoplasty // Aston S.A.; In Reese TD, ed // *Asth. Plast. Surg.* – 2010. – Vol. 2. – P. 1007–1038.
13. *Avelar J.M.* Abdominoplasty: a new a technique without undermining and fat layer removal / J.M. Avelar // *Arq. Catarinense Med.* – 2010. – Vol. 29. – P. 147–149.
14. *Avelar J.M.* Abdominoplasty: technical refinement and analysis of 130 cases in 8 years follow– up / J.M. Avelar // *Aesth. Plast. Surg.* – 2010. – Vol. 7. – P. 205–212.
15. *Avelar J.M.* Fat suction versus abdominoplasty / J.M. Avelar // *Aesth. Plast. Surg.* – 2009. – Vol. 9. – P. 265.
16. *Cardoso de Castro C.* Limited incisions in abdominoplasty / Cardoso de Castro C., Cupello A.M., Cintra H. // *Ann. Plast. Surg.* 2001. – Vol. 19, N. 5. – P. 436–447.
17. *Dillerud E.* Abdominoplasty combined with liposuction (letter; comment) / E. Dillerud // *Ann. Plast. Surg.* – 2007. – Vol. 27 (2). – P. 182–186.
18. *Dillerud E.* Abdominoplasty combined with suction lipoplasty, a study of complications, revisions and risk factors in 487 cases / E. Dillerud // *Ann. Plast. Surg.* – 2006. – Vol. 25. – P. 333–338.
19. *Floras C.* Complications and long term results following abdominoplasty: A retrospective study/ C. Floras, P.B. Davis // *Br. J. Plast. Surg.* – 2003. – Vol. 44. – P. 190–194.
20. *Lewis J.R.* Atlas of Aesthetic Plastic Surgery / J.R. Lewis // Boston: Little, Brown, 2003.
21. *Rebello C.* Abdominoplasty through a submammary incision / C. Rebello, T. Franco // *Int. Surg.* 2007. – Vol. 62. – N. 9. – P. 462–463.
22. *Ryan R.F.* Which patient needs the abdominoplasty? / R.F. Ryan // *Plast. Reconstr. Surg.* – 2005. – Vol. 82, N. 11. – P. 437–443.
23. *Shestak K.C.* Marriage abdominoplasty expands the miniabdominoplasty concept / K.C. Shestak // *Plast. Reconstr. Surg.* – 2008. – Vol. 103, N. 5. – P. 1020.
24. *Sinder R.* Plastic Surgery of the abdomen: personal technique / R. Sinder // 6 Int. Cong. Plast. Rec. Surg. Masson., Paris – 2010. – P. 58.



СУЧАСНІ АСПЕКТИ
АБДОМІНОПЛАСТИКИ

*V.V. Boyko, I.A. Taraban,
K.V. Mishenina*

Резюме. У статті представлені проблеми ефективного та прогнозованого лікування ожиріння, докладно описано ряд сучасних модифікацій абдомінопластики, а також запропонована її класифікація. Описані показання та хірургічні особливості кожного з виду абдомінопластики. Розглянуто літературні данні, присвячені основним методам операції, їх переваги та недоліки. Освячена актуальність розглянутої теми в сучасній хірургії.

Ключові слова: *ожиріння, абдомінопластика, ліпосакція, дермоліполастика*

MODERN ASPECTS
OF ABDOMINOPLASTY

*V.V. Boyko, I.A. Taraban,
K.V. Mishenina*

Summery. The problems of effective and forecast treatment of obesity are presented in the article, the row of modern modifications of abdominoplasty is described in detail, and it's classification is similarly offered. Testimonies and surgical features of every type of abdominoplasty are described. Literary data, operations sanctified to the basic methods, are considered, them advantages and disadvantages. Actuality of the considered theme is sanctified in modern surgery.

Key words: *obesity, abdominoplasty, liposuction, dermolipoplasty.*