

ВАЖЛИВІ ЕСТЕТИЧНІ АСПЕКТИ КОРЕКЦІЇ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ

I. В. Яцишин

Кафедра хірургічних хвороб (зав. — проф. В. В. Скиба)
Київського медичного університету Української асоціації народної медицини

IMPORTANT ESTHETIC ASPECTS OF CORRECTION OF ANTERIOR ABDOMINAL WALL

I. V. Yatsyshyn

Абдомінопластика, або пластика передньої черевної стінки, включає декілька важливих в естетичному сенсі етапів, в тому числі перенесення, формування чи створення нового пупка [1]. Пупок — найбільш помітний орієнтир на передній черевній стінці. Він розташований нижче середини лінії, що з'єднує мечоподібний відросток з лобковою кісткою. Локалізація пупка відносно постійна: між лінією талії та лінією, що з'єднує верхні передні ості клубових кісток. Вся техніка абдомінопластики концентрується практично навколо пупка [2]. Новий пупок може і має бути природним та завжди кращим, ніж до операції [3]. Разом з тим, транспозиція пупка може спричинити грубе рубцювання перипупкових тканин, атипичну естетично незадовільну форму та розміри пупка, а також постійний запальний процес [4].

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Узагальнені результати виконання абдомінопластики у 209 пацієнтів, у 192 (82,3%) з них — виникла необхідність перенесення чи створення нового пупка, що свідчить про важливість проведення досліджень у цьому напрямку [5, 6]. Під час транспозиції пупка ми вирішували такі завдання: визначення нового місця для пупка; пластика пупка з використанням власних тканин; формування пупкового кільця та його заглиблення; створення нового пупка після видалення пошкодженого.

Визначення нового місця для пупка — дуже важливий момент на етапі переміщення пупка під час аб-

Реферат

На підставі узагальнення досвіду виконання естетичної абдомінопластики у 209 пацієнтів запропонована ефективна хірургічна технологія формування пупка та навколупупкової зони. Результати оцінені в 4 групах пацієнтів, у яких застосовані стандартні та вдосконалені методи формування пупка.

Ключові слова: передня черевна стінка; пупок; м'язово—апоневротична пластика; абдомінопластика.

Abstract

Effective surgical technology of the umbilicus and the near—umbilicus zone formation was proposed, basing on compilation of experience, concerning performing of esthetic abdominoplasty in 209 patients. Results were estimated in 4 groups of patients, in whom a standard and improved methods of umbilicus formation were applied.

Key words: anterior abdominal wall; umbilicus; musculo—aponeurotic plasty; abdominoplasty.

домінопластики. Від правильного вибору місця пупка залежать його форма, конфігурація, спрямованість в той чи інший бік.

Пупок має бути розташований суворо на серединній лінії. Висота його розташування має відповідати так званій "ідеальній дистанції гармонійного живота", яку обчислюють за формулою:

$$OP = XP/2 - 10\%,$$

де OP — відстань від пупка до лобка, XP — відстань від мечоподібного відростка до лобка. На практиці, для дотримання цих пропорцій локалізацію нового пупка визначали шляхом перенесення проекції пупка на шкіру відсепарованого верхнього клаптя. В прямому положенні пацієнта на операційному столі після повного відсепарування шкірно—жировий клапоть переміщували в каудальному напрямку і фіксували тимчасовими швами по раніше розміченій центральній лінії. Ми впевнились в необхідності попередньої фіксації шкірно—жирового клаптя, щоб уникнути де-

формації пупка під час його подальшої фіксації. Для маркування нового положення пупка використовували затискач Пітангі з довгими браншами, перпендикулярно осі якого в браншах фіксували пряму хірургічну голку, якою визначали центр пупка. Місце проколу шкіри по серединній лінії вважали центром нової локалізації пупка.

Формування пупка на місці природної пупкової воронки — не менш важливий етап. Техніка і методика залежать від таких чинників: висоти пупкової ніжки, стану навколишніх тканин — м'язово—апоневротичної системи, товщини підшкірного прошарку в цій ділянці.

Від висоти пупкової ніжки значною мірою залежить естетичний вигляд як самого пупка, так і навколупупкової зони. Якщо висота пупкової ніжки дорівнює або більше товщини підшкірного прошарку верхнього клаптя, пупок виходить випуклий, а навколупупкова зона — без характерної втягнутості, що у віддаленому післяопераційному періоді

не відповідає критеріям гармонійного живота.

За такої ситуації після пластики апоневрозу, якщо це необхідно, під час абдомінопластики обов'язково фіксуємо пупок до апоневрозу 4–6 вузловими швами так, щоб висота його ніжки становила $1/2 - 1/3$ товщини підшкірного прошарку верхнього клаптя в цій ділянці. Це також запобігає перекручуванню ніжки пупка у подальшому.

За наявності діастазу прямих м'язів живота, що потребує створення дублікатури апоневрозу, можливе зміщення основи пупка від середньої лінії. Тому дуже важливо правильно розмітити лінії накладання швів під час м'язово-апоневротичної пластики. Створення дублікатури апоневрозу за наявності глибокого пупка зумовлює зменшення висоти пупкової ніжки, що за значної товщини підшкірного прошарку не дозволяє з'єднати пупок швами з поверхнею шкіри без надмірного натягу. Це спричиняє ішемізацію як самого пупка з подальшим його частковим чи повним некрозом в післяопераційному періоді, а також стискання розташованого навколо нього підшкірного прошарку. А це може бути причиною некрозу жирової клітковини з подальшим нагноєнням рани. Щоб уникнути таких наслідків, під час пластики пупка ми завжди висікали ділянку підшкірного прошарку, розташованого навко-

ло створюваного каналу для нового пупка на краніальному клапті.

Метод формування пупкового кільця значною мірою залежить від того, через який розріз виводять сформований пупок, та способу з'єднання з навколишніми тканинами.

Розріз шкіри на верхньому клапті для формування пупкового кільця на початкових етапах ми робили шляхом висічення округлого клаптя шкіри з підшкірним прошарком діаметром 1,0 – 1,5 см. Після зіставлення країв розрізу з краями пупка накладали шви, захоплюючи тканини апоневрозу в 4 – 6 місцях, рівновіддалених один від одного, щоб майбутній рубець був вправлений всередину пупка та для зменшення навантаження (сили натягу) на сам пупок. Проте, як свідчать віддалені результати, циркулярний рубець не завжди естетично привабливий. Тому такий спосіб формування пупкового кільця використовували тільки під час вертикальної чи комбінованої абдомінопластики.

Для поліпшення естетичного ефекту під час формування пупка ми використовуємо V – подібний ($70 - 80^\circ$) розріз, повернутий основою вниз, з довжиною сторін 0,8 – 1,2 см. Пупок розсікаємо вертикально в його дистальній частині, сформований трикутний клапоть швиємо в розріз пупка. Накладаємо 2 – 3 шви у верхній частині пупка, захоплюю-



Спосіб створення нового пупка.

- 1 - аутодермотрансплантат;
- 2 - біла лінія живота;
- 3 - шкіра верхнього клаптя;
- 4 - фіксуючі шви.

чи апоневроз, що забезпечує поглиблення пупка. Після цього краї сформованого пупка підшиваємо до поверхні шкіри вузловими швами 4,0 – 5,0. При застосуванні такої методики відсутній циркулярний рубець, особливо помітний по нижньому периметру.

Окремо слід виділити моменти пластики нового пупка після видалення пошкодженого. Потреба в цьому може виникнути при обширній дублікатурі апоневрозу для усунення діастазу прямих м'язів живота понад 8 см або наявності пупкової чи параумбілікальної грижі, пластику якої неможливо здійснити без видалення пупка.

Пластику пупка в таких ситуаціях виконували так (див. рисунок). Після визначення нового місця для пупка

Результати формування пупка з використанням естетичної абдомінопластики

Втручання	Результати			
	безпосередні (загоєння)	оцінка через 1 рік		
		хірургом	пацієнтом	іншими
Перенесення пупка без його попередньої фіксації до апоневрозу, накладання швів на рівні поверхні шкіри округлої форми	29 (28 – повне, 1 – часткове пошкодження епідермісу)	Низька – 18, посередня – 6, хороша – 5	Низька – 4, посередня – 10, хороша – 4, відмінна – 1	Низька – 12, посередня – 4
Перенесення пупка з його попередньою фіксацією до апоневрозу, накладання заглиблених швів шкіри округлої форми	88 (64 – повне, 13 – часткове пошкодження епідермісу, 1 – розходження швів шкіри)	Хороша – 44, відмінна – 11	Хороша – 17, відмінна – 38	Хороша – 14, відмінна – 41
Перенесення пупка з його попередньою фіксацією до апоневрозу, накладання заглиблених швів шкіри V – подібної форми	71 (71 – повне загоєння)	Хороша – 18, відмінна – 37	Хороша – 5, відмінна – 50	Хороша – 7, відмінна – 48
Створення нового пупка за його відсутності	21 (12 – повне загоєння, 9 – часткове пошкодження епідермісу)	Хороша – 5, відмінна – 16	Хороша – 5, відмінна – 5	Хороша – 1, відмінна – 9

на шкірі верхнього клаптя формували отвір довжиною 20 — 25 мм, висікали підшкірний прошарок, на апоневрозі визначали ділянку для нового пупка і фіксували аутодермотрансплантат (1) діаметром 10 — 12 мм на апоневрозі білої лінії живота (2), до якого фіксували шкіру верхнього клаптя (3).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЮВАННЯ

Для оцінки результатів естетичної абдомінопластики пацієнти розподілені на 4 групи. У 29 пацієнтів (1—ша група) пупок формували без фіксації до апоневрозу, тобто, без його заглиблення та фіксації на поверхні шкіри. Цю методику засто-

сували на початку дослідження через її естетичні недоліки.

У 88 пацієнтів (2—га група) здійснене перенесення пупка з попередньою фіксацією до апоневрозу та накладанням заглиблених швів шкіри. При цьому видима частина пупка була круглої форми. Застосування такої техніки операції дозволило досягти більш високих естетичних результатів. Єдиним недоліком було те, що при деяких положеннях тіла форма пупка виглядала неприродно.

Усунення цього недоліку досягнута шляхом формування пупка у 71 пацієнта (3—тя група), у яких здійснювали розріз шкіри V—подібної форми (60 — 70°), а в пупку висікали

клапоть шкіри подібної форми. Після накладення швів перехід шкіри у пупок був непомітний. У 21 хворого (4—та група) створений новий пупок. Результати операції оцінювала хірургічна бригада безпосередньо після операції, насамперед, загоєння рани та стан епідермісу шкіри пупка (див. таблицю).

Через 1 рік здійснювали естетичну оцінку створеного пупка та навколопупкової зони хірург, пацієнт та сторонні особи.

За результатами дослідження відзначена висока естетична важливість пупка, запропоновані надійні методи його відтворення, що дозволило досягти високих віддалених естетичних результатів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Мішалов В. Г. Досвід виконання естетичних абдомінопластик та оцінка їх ефективності / В. Г. Мішалов, В. В. Храпач, О. В. Балабан // Вісн. наук. досліджень. — 2000. — № 4. — С. 84 — 86.
2. Адамян А. А. Медико—социальные аспекты пластики передней брюшной стенки / А. А. Адамян, Р. Э. Величко // Анналы пласт., реконстр. и эстет. хирургии. — 1999. — № 2. — С. 41 — 48.
3. Федоров О. В. Современная концепция абдомінопластики / О. В. Федоров // Там же. — 2004. — № 4. — С. 114.
4. Жуков М. И. Проблемы хирургической коррекции деформации контуров передней брюшной стенки / М. И. Жуков, Р. Г. Реутов // Актуальні питання пластичної, реконструктивної та естетичної хірургії: тези доп. — К., 2002. — С. 56 — 57.
5. Галич С. П. Вибір методу пластики пупка при естетичній корекції передньої черевної стінки / С. П. Галич, В. Г. Симулик // Пласт., реконстр. і естет. хірургія. — 2014. — № 3 — 4. — С. 6 — 11.
6. Shestak K. C. Marriage abdominoplasty expands the mini—abdominoplasty concept / K. C. Shestak // Plast. Reconstr. Surg. — 1999. — Vol. 103, N3. — P. 1020 — 1031.

