

В.А. КОСИНЕЦ <sup>1</sup>, И.П. ШТУРИЧ <sup>2</sup>, Е.А. УКРАИНЕЦ <sup>3</sup>**ОПЫТ КОМБИНИРОВАННОЙ АБДОМИНОПЛАСТИКИ И НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ**ГОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова» <sup>1</sup>,

Российская Федерация

УО «Витебский государственный медицинский университет» <sup>2</sup>,УЗ «Витебская областная клиническая больница» <sup>3</sup>,

Республика Беларусь

**Цель.** Улучшить результаты хирургического лечения пациентов с анатомо-функциональной недостаточностью передней брюшной стенки.

**Материал и методы.** Прооперирована 21 пациентка в возрасте от 33 до 52 лет с наличиемптоза живота и грыжевого дефекта передней брюшной стенки различной локализации. Во всех случаях выполнялась классическая абдоминопластика. Выбор методики и направление смещения лоскута определялись, исходя из выраженности кожно-жирового «фартука». В 75% случаев абдоминопластика дополнялась липосакцией боковых отделов передней брюшной стенки. Ненатяжную герниопластику выполняли по методу «inlay» с применением частично рассасывающейся облегченной мультифиламентной сетки VYPRO (Johnson & Johnson, Ethicon).

**Результаты.** Классическая абдоминопластика показана пациенткам с выраженными изменениями передней брюшной стенки. Дополнительное выполнение липосакции позволяет сформировать естественный контур талии, а также избавляет от необходимости широкой боковой отслойки кожно-жирового лоскута, сохраняя при этом питающие его сосуды. При выделении кожно-жирового лоскута с целью профилактики лимфорреи необходимо сохранение вне зоны швов жировой клетчатки ниже фасции Томпсона.

Анализ течения послеоперационного периода показал, что серьезных осложнений со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы не наблюдалось. В результате липосакции и удаления кожно-жирового «фартука» масса тела пациенток снижалась на  $9,54 \pm 2,82$  кг.

**Заключение.** Абдоминопластика позволяет получить технически удобный доступ при ненатяжной пластике грыж передней брюшной стенки любой локализации. Комбинированное выполнение абдоминопластики и ненатяжной герниопластики передней брюшной стенки позволяет одновременно добиться хорошего эстетического и функционального результата. Абдоминопластика дополненная липосакцией боковых отделов передней брюшной стенки позволяет добиться более естественного и эстетически привлекательного контура живота.

*Ключевые слова:* абдоминопластика, ненатяжная герниопластика, липосакция.

**Objectives.** To improve the results of surgical treatment of patients with anatomic-functional insufficiency of anterior abdominal wall.

**Methods.** 21 patients at the age from 33 till 52 with the presence of belly ptosis and hernial defect of the anterior abdominal wall of various localizations were operated on. In all cases a classical abdominoplasty was performed. The choice of the technique and direction of displacement of a flap were defined according to the expressiveness of skin and fat «apron». In 75% cases abdominoplasty was supplemented with liposuction of lateral departments of the anterior abdominal wall. Tension-free hernioplasty was carried out on «inlay» method with the application of partially resolving facilitated multifilament grids VYPRO (Johnson & Johnson, Ethicon).

**Results.** Classical abdominoplasty is evident to patients with the expressed changes of the anterior abdominal wall. Additional performance of liposuction allows generating a natural contour of the waist, and also gets rid of necessity of wide lateral separation of skin and fat flap, thus saving vessels feeding it. At allocation of skin and fat flap for the purpose of preventive maintenance of lymphorrhea preservation out of a seams zone of a fatty cellulose lower than Thompson's fascia is necessary.

The analysis of the postoperative course has shown that serious complications from respiratory organs and cardiovascular system weren't observed. As a result of liposuction and removal of skin and the «apron» the weight of a body of patients decreased on  $9,54 \pm 2,82$  kg.

**Conclusions.** Thus, abdominoplasty permits to obtain technically convenient access at tension-free hernioplasty of the anterior abdominal wall of any localization. Combined performance of abdominoplasty and tension-free hernioplasty of the anterior abdominal wall allows achieving simultaneously good esthetic and functional result. Abdominoplasty combined with liposuction of the lateral sections of the anterior abdominal wall permits to achieve more natural and esthetically attractive contour of a belly.

*Keywords:* abdominoplasty, tension-free hernioplasty, liposuction

## Введение

В настоящее время широкое распространение получила хирургическая коррекция контуров тела. Особое место в ней занимает абдоминопластика – операция, направленная на восстановление тонуса передней брюшной стенки, удаление избыточной кожи и подкожно-жировой клетчатки с формированием привлекательной формы живота [1, 2, 3].

Наиболее частой причиной образования кожно-жирового «фартука» является беременность, когда в силу перерастяжения тканей передней брюшной стенки формируется птоз живота. К другим факторам относятся значительные колебания веса, нарушение обмена веществ, возраст, хирургические вмешательства, которые также приводят к обвисанию нижней части живота, появлению слабости мышечно-апоневротического каркаса с формированием диастаза прямых мышц живота [1, 4, 5, 6].

Наличие кожно-жирового «фартука» является серьезным эстетическим и функциональным дефектом, который, к сожалению, крайне сложно поддается нехирургической коррекции, вызывает снижение подвижности тела, заниженную самооценку.

Таким образом, показаниями к выполнению абдоминопластики являются:

- избыток кожи и подкожно-жировой клетчатки передней брюшной стенки, который невозможно удалить другим способом (физические упражнения, диета, липосакция);
- диастаз прямых мышц живота, общая слабость мышечно-апоневротического каркаса, отсутствие эстетического контура талии;
- наличие выраженных послеродовых «растяжек» (стрий) с птозом живота;
- послеоперационные рубцы в нижней трети живота.

Выделяют традиционную абдоминопластику по Pitanguy, при которой кожно-жировой лоскут натягивается преимущественно в вертикальном направлении, напряженно-боковую абдоминопластику по Lockwood с натяжением в латеральном направлении [4, 7].

В настоящее время классическая абдоминопластика часто сочетается с липосакцией, что позволяет уменьшить боковую отслойку лоскута и травматизацию мягких тканей [2, 5, 8]. Широкое распространение получили различные виды миниабдоминопластики, которые позволяют добиться хорошего результата из небольшого доступа путем устранения диастаза прямых мышц, иссечения избытков кожно-жирового лоскута в нижних отделах живота без транспозиции пупка [9, 10, 11].

Как показывает клиническая практика, в значительном проценте случаев показания к абдоминопластике сочетаются с наличием грыжевого дефекта передней брюшной стенки. Однако, в условиях современной медицины, абдоминопластика выполняется, как правило, только по эстетическим показаниям. В литературе имеются единичные сведения о сочетании эстетической абдоминопластики с пластикой передней брюшной стенки по поводу грыж. Данное обстоятельство, по видимому, связано с увеличением длительности операционного вмешательства, предполагаемым интраабдоминальным доступом при грыжесечении, а также развитием возможных осложнений. При этом следует отметить, что создаваемый при абдоминопластике широкий доступ ко всем отделам передней брюшной стенки предоставляет возможность удобного свободного манипулирования, особенно когда речь идет о послеоперационных грыжах больших размеров.

Грыжи передней брюшной стенки являются одним из самых распространенных заболеваний человека и наблюдаются у 3-7% населения [12, 13]. По данным разных авторов, от 2 до 22% процентов всех лапаротомий осложняются развитием послеоперационных вентральных грыж [14, 15, 16]. После аппендэктомии грыжи возникают в 6% случаев, холецистэктомии – 14%. Наиболее часто (10-45%) послеоперационные грыжи встречаются у пациентов, перенесших экстренное оперативное вмешательство [17]. Применение традиционных натяжных методик пластики грыж передней брюшной стенки обуславливает рецидивы в 2,5-53% случаев [18]. Данная проблема имеет большое социальное значение, так как большинство пациентов относятся к трудоспособному возрасту.

С середины 80-х годов прошлого века активно стали внедряться методы ненатяжной герниопластики с применением различного вида трансплантатов из полипропилена. Это позволило в значительной степени снизить риск развития рецидивов и сократить сроки реабилитационного периода [19].

Таким образом, изучение возможности сочетания абдоминопластики с ликвидацией грыжевых дефектов передней брюшной стенки является весьма актуальным и имеет медицинское, социальное и экономическое значение.

**Цель** исследования – улучшить результаты хирургического лечения пациентов с анатомо-функциональной недостаточностью передней брюшной стенки.



**Рис. 7. (к статье В.В. Бесчастнова с соавт.)**  
Заживление раны с образованием  
линейного рубца



**Рис. (к статье М.М. Елового с соавт.)**  
Трихобезоар желудка у пациентки Я., 12 лет.



**Рис. 1. (к статье В.А. Косинца с соавт.)**

Пациентка О. 34 года, диагноз: послеродовые изменения передней брюшной стенки, грыжа после операции кесарева сечения, ожирение II степени, расхождение прямых мышц живота.

Вид до операции (А); через 3 месяца после операции (Б). Произведена липосакция, грыжесечение с пластикой грыжевых ворот по методу inlay полипропиленовой сеткой, традиционная абдоминопластика, резекция кожно-жирового фартука, пликация диастаза прямых мышц живота, транспозиция пупка.



**Рис. 2. (к статье В.А. Косинца с соавт.)**

Пациентка О. 53 года, диагноз: пупочная грыжа, ожирение II степени, птоз живота, расхождение прямых мышц живота.

Вид до операции (А); через 3 месяца после операции (Б). Произведена традиционная абдоминопластика, резекция кожно-жирового фартука, грыжесечение с пластикой грыжевых ворот по методу inlay полипропиленовой сеткой, пликация диастаза прямых мышц живота, транспозиция пупка.

## Материал и методы

В период с 2010 по 2011 гг. в Витебской областной клинической больнице была прооперирована 21 пациентка в возрасте от 33 до 52 лет с наличием птоза живота и грыжевого дефекта передней брюшной стенки различной локализации. Во всех случаях выполнялась классическая абдоминопластика. Выбор методики и направление смещения лоскута определялись, исходя из выраженности кожно-жирового «фартука». В 75% случаев абдоминопластика дополнялась липосакцией боковых отделов передней брюшной стенки. В 52,38% случаев наблюдались грыжи после операции кесарева сечения, 14,29% – грыжи белой линии живота, 14,29% – пупочные грыжи, 19,05% – послеоперационные грыжи боковых отделов передней брюшной стенки. Натяжную герниопластику выполняли по методу «inlay» с применением частично рассасывающейся облегченной мультифиламентной сетки VYPRO (Johnson & Johnson, Ethicon).

Противопоказаниями к сочетанному хирургическому вмешательству были: выраженное ожирение, сердечная и легочная недостаточность, сахарный диабет в декомпенсированной форме, онкологические заболевания.

## Результаты

Классическая абдоминопластика показана пациенткам с выраженными изменениями передней брюшной стенки. Дополнительное выполнение липосакции позволяет сформировать естественный контур талии, а также избавляет от необходимости широкой боковой отслойки кожно-жирового лоскута, сохраняя при этом питающие его сосуды (рис. 1, 2, см. цв. вкладыш). При выделении кожно-жирового лоскута с целью профилактики лимфорреи необходимо сохранение вне зоны швов жировой клетчатки ниже фасции Томпсона.

Анализ течения послеоперационного периода показал, что серьезных осложнений со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы не наблюдалось. В результате липосакции и удаления кожно-жирового «фартука» масса тела пациенток снижалась на  $9,54 \pm 2,82$  кг. Ложе установки полипропиленовой сетки не дренировалось в силу удовлетворительного гемостаза. Дренажи в зоне отслойки подкожно-жировой клетчатки, как правило, удалялись на 3-4 сутки после операции.

Нагноений послеоперационных ран не было, у 2 пациенток наблюдался фрагментарный краевой некроз кожи, который впослед-

ствии был успешно откорректирован. У 2 пациенток отмечалось наличие сером, которые были ликвидированы путем пункции в раннем послеоперационном периоде. В 1 случае сохранение пупка не представлялось технически возможным из-за выраженного грыжевого дефекта, в связи с чем пупок был сформирован из местных тканей.

## Заключение

Абдоминопластика позволяет получить технически удобный доступ при ненатяжной пластике грыж передней брюшной стенки любой локализации.

Комбинированное выполнение абдоминопластики и ненатяжной герниопластики передней брюшной стенки позволяет одновременно добиться хорошего эстетического и функционального результата.

Абдоминопластика, дополненная липосакцией боковых отделов передней брюшной стенки, позволяет добиться более естественного и эстетически привлекательного контура живота.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Abdominoplasty with direct resection of deep fat / R. R. Brink [et al.] // *Plast. Reconstr. Surg.* – 2009. – Vol. 123. – P. 1597-1603.
2. Miziev, I. A. New techniques of abdominoplasty / I. A. Miziev, S. A. Alishanov // *Khirurgiia (Mosk).* – 2010. – Vol. 12. – P. 65-69.
3. Ramirez, O. M. Abdominoplasty and abdominal wall rehabilitation: a comprehensive approach / O. M. Ramirez // *Plastic and reconstructive surgery.* – 2000. – Vol. 105. – N 1. – P. 425-435.
4. Brenner, J. Mesh materials in hernia repair / J. Brenner // *Expert meeting on hernia surgery.* – St. Moritz; Basel: Karger, 1995. – P. 172-179.
5. Pitanguy, I. Abdominoplasty-personal surgical guidelines / I. Pitanguy, B. Mayer, G. Labrakis // *Zentralbl. Chir.* – 1988. – Vol. 113. – P. 765-771.
6. Worland, R. G. Tumescent miniabdominoplasty / R. G. Worland // *Ann. Plast. Surg.* – 1997. – Vol. 39. – P. 332.
7. Colwell, A. S. Low scar abdominoplasty with inferior positioning of the umbilicus / A. S. Colwell, D. Kpodzo, G. G. Gallico // *Ann. Plast. Surg.* – 2010. – Vol. 64. – P. 639-644.
8. Mest'ak, J. Miniabdominoplasty / J. Mest'ak, O. Mest'ak // *Acta. Chir. Plast.* – 2010. – Vol. 52. – P. 23-26.
9. Abdominoplasty with suction undermining and plication of the superficial fascia without drains: a report of 113 consecutive patients / K. A. Rodby [et al.] // *Plast. Reconstr. Surg.* – 2011. – Vol. 128. – P. 973-981.
10. Heddens, C. J. What is new in abdominoplasty? / C. J. Heddens, A. S. Aly // *Plast. Surg. Nurs.* – 2010. – Vol. 30. – P. 207-210.

11. Lockwood, T. E. Maximizing aesthetics in lateral-tension abdominoplasty and body lifts / T. E. Lockwood // Clin. Plast. Surg. – 2004. – Vol. 31. – P. 523-537.
12. Нелюбин, П. С. Хирургическое лечение больных с послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами / П. С. Нелюбин, Е. А. Галота, А. Д. Тимошин // Хирургия. – 2007. – № 7. – С. 69-74.
13. Саенко, В. М. Выбор метода лечения грыжи брюшной стенки / В. М. Саенко, Л. С. Белянский, Н. В. Манойло // Клин. хирургия. – 2002. – № 1. – С. 5-9.
14. Saldanha, O. R. Discussion. Abdominoplasty with suction undermining and plication of the superficial fascia without drains: a report of 113 consecutive patients / O. R. Saldanha // Plast. Reconstr. Surg. – 2011. – Vol. 128. – P. 982-983.
15. Stoppa, R. Long-term coneplicoktions of prosthetic incisional her-nioplasty (Letter) / R. Stoppa // Arch. Surg. 1998. – Vol. 133. – P. 1254-1255.
16. Фёдоров, В. Д. Лечение больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж / В. Д. Фёдоров, А. А. Адамян, Б. Ш. Гогия // Хирургия им. Пирогова. – 2000. – № 1. – С. 11-14.
17. Двадцатилетний опыт лечения ПОВГ / В. В. Жебровский [и др.] // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. – 1996. – № 3. – С. 105-108.
18. Жебровский, В. В. Хирургия грыж живота и эвентераций / В. В. Жебровский, Т. М. Мохамед. – Симферополь: Бизнес-Информ, 2002. – 449 с.
19. Частные аспекты хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж / Г. И. Лукомский [и др.] // Хирургия. – 1995. – № 1. – С. 51-53.

#### Адрес для корреспонденции

Российская Федерация,  
г. Москва, ул. Яузская, д. 11,  
Первый Московский государственный  
медицинский университет им. И.М. Сеченова,  
кафедра общей хирургии,  
тел. моб.: +7 92 5 0-50-54-63,  
тел. моб.: + 375 296 24-20-76,  
e-mail: vkosinets@yandex.ru,  
Косинец Владимир Александрович

#### Сведения об авторах

Косинец В.А., к.м.н, докторант кафедры общей хирургии ГОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова».

Штурич И.П., к.м.н, доцент кафедры госпитальной

хирургии УО «Витебский государственный медицинский университет».

Украинец Евгений Александрович, заведующий 1-ым хирургическим отделением УЗ «Витебская областная клиническая больница».

*Поступила 16.01.2012 г.*

---

## ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ

**В.Т. МАЛЬКЕВИЧ с соавт.**

### **НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ХИРУРГИИ РАКА ПИЩЕВОДА**