

УДК 617.55:616-007.43:617-089

© С. Г. ГРИВЕНКО, Д. Ф. КРУГЛЯЦОВ

Кримський державний медичний університет імені С. І. Георгієвського

Можливі шляхи поліпшення функціональних та естетичних результатів при повторній корекуючій абдомінопластиці

S. H. HRYVENKO, D. F. KRULYATSOV

Crimean State Medical University by S. I. Heorhiyevskiy

POSSIBLE WAYS OF IMPROVEMENT OF FUNCTIONAL AND AESTHETICAL RESULTS AT REPEATED CORRECTIVE ABDOMINOPLASTICS

На основі власного досвіду проведення косметичної корекції передньої черевної стінки запропоновано шляхи поліпшення функціональних та естетичних результатів виконаних операцій. Це дозволяє досягнути медико-соціальної, психологічної та естетичної реабілітації даної категорії хворих.

Based on the own experience of carrying out of cosmetic correction of an abdominal wall the ways of improvement of functional and aesthetical results are suggested in executed operations. It enables to achieve the medicosocial, psychological and aesthetic rehabilitation of this category of patients.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Хірургічна корекція передньої черевної стінки в останні роки набуває не тільки естетичного, лікувального та лікувально-косметичного, але й важливого соціального значення [1]. Цей тип оперативних втручань проводять як пластичні хірурги, так і загальні хірурги як один з етапів під час операцій із приводу післяопераційних вентральних гриж. Косметична корекція передньої черевної стінки – один з основних та найбільш суттєвих етапів операцій у хворих із післяопераційними вентральними грижами. Особливо відповідальним є цей етап у хворих із післяопераційними вентральними грижами на фоні ожиріння з “фартухоподібною” деформацією живота, в зв’язку з високим ризиком виникнення таких ускладнень в післяопераційному періоді, як ліполіз, сероми та інфільтрати післяопераційних ран [3]. В естетичній та пластичній хірургії абдомінопластика – це об’ємне хірургічне втручання, яке спрямоване на усунення діастазу м’язів передньої черевної стінки, а також видалення надлишку шкіри та підшкірної клітковини з метою відновлення нормальних естетичних пропорцій передньої черевної стінки [2]. Абдомінопластика – одна з найбільш тяжких для пацієнта естетичних операцій, при якій для забезпечення косметичного результату задіюють і функціональні аспекти основних життєво важливих систем – дихальної та серцево-судинної. Це впли-

ває на особливості передопераційної підготовки, вибір методу операції, її виконання та післяопераційне лікування. З цієї причини виконання повнооб’ємної абдомінопластики рекомендовано проводити в умовах загальнохірургічних стаціонарів багатопрофільних лікарень [6]. Проте, незважаючи на розвиток високотехнологічної апаратури, вдосконалення професійних якостей хірургів та багатолітній досвід виконання хірургічної корекції передньої черевної стінки, вона все ще залишається одним із найскладніших оперативних втручань у пластичній хірургії [2].

Хірургічна корекція передньої черевної стінки має агресивний характер і може супроводжуватись різними ускладненнями. Ускладнення пов’язані з широкою мобілізацією шкірно-підшкірного клаптя, наявністю супутньої патології соматичного характеру, залежать від реактивних властивостей організму та післяопераційних змін деяких параметрів гомеостазу. Частота ускладнень хірургічної корекції передньої черевної стінки в естетичній хірургії сягає 30,8% [1, 2, 5, 6]. Найбільш поширеними ускладненнями, що спостерігаються внаслідок хірургічної корекції передньої черевної стінки, є сероми, крайовий некроз шкірно-підшкірного клаптя, порушення рубцювання у вигляді утворення келоїдного рубця та нагноєння післяопераційної рани [2]. Відмічено, що у хворих з ожирінням число ускладнень зростає прямо пропорційно ступеню ожиріння. Виникнення ускладнень

свідчить про неоднозначність методик корекції передньої черевної стінки та неповноцінність деяких технічних прийомів, необхідних для попередження ускладнень [2]. Безпосередні причини незадовільних результатів абдомінопластики пов'язані з труднощами планування оптимального напрямку розрізу шкіри, шарів та меж препарування тканин, об'єму резекції шкірно-підшкірного клаптя відповідної ділянки адекватного кровопостачання, визначення розташування реципієнтного положення пупкової ямки, з хибним вибором способу абдомінопластики для конкретного типу деформації передньої черевної стінки, з недостатньо естетичним видом післяопераційних рубців внаслідок подовжених розрізів шкіри та її розходження, тромбоемболією легеневої артерії, флебітом вен нижніх кінцівок, лімфорезю, з проблемою адекватної підготовки серцево-судинної та дихальної систем до підвищеного внутрішньочеревного тиску, що обов'язково виникає під час абдомінопластики на фоні ожиріння і при укріпленні м'язово-апоневротичного каркасу [6]. Зниженню кількості післяопераційних ускладнень може сприяти уточнення технічних прийомів та етапів втручання [2].

Якщо при первинній абдомінопластичі визначені алгоритми вибору методу оперативного втручання залежно від характеру тканин [6, 7], то при повторних корегуючих оперативних втручаннях узгоджених стандартів на сьогодні не існує. На відміну від первинної операції, де хірург має справу з надлишком тканин (шкіра, підшкірна клітковина), при повторних операціях ситуація діаметрально протилежна. По перше: під час першої операції ці надлишки тканин були вже видалені, а гнійно-запальні ускладнення зі сторони рани додатково призводять до грубої деформації передньої черевної стінки внаслідок загоєння рани вторинним натягом з утворенням грубих келоїдних та гіпертрофованих рубців. Додатково хірурги у цієї категорії хворих стикаються з нерівномірним шаром підшкірної клітковини в ділянках, що безпосередньо межують з післяопераційним рубцем. Причому ця нерівномірність може значно відрізнятися на паралельних протилежних ділянках передньої черевної стінки. Крім того, будь-яке повторне оперативне втручання несе більшу загрозу ускладнень, ніж первинне, тим більше, що в цієї категорії хворих у тканинах, які межують та оточують післяопераційний рубець, завжди визначаються явища хронічного запалення. Відомо [4], що це результат патологічного типу формування післяопераційного рубця, внаслідок пролонгованого перебігу I фази ранового процесу – фази запалення. Вона поступово набуває характеру прогресуючого хронічного процесу, який може бути зупинений тільки хірургічним

втручанням. Проте при повторній корегуючій операції це не завжди можливо внаслідок “дефіциту” тканин після перенесеної первинної операції. Всі ці аспекти зумовлюють пошук нових підходів при повторній корегуючій абдомінопластичі. Ці підходи, як правило, індивідуальні, перш за все за рахунок персонального досвіду хірургів та клінік, в яких дані втручання проводяться.

Матеріали і методи. Робота ґрунтується на результатах хірургічного лікування 42 пацієнтів із рецидивними вентральними грижами, які перебували на стаціонарному лікуванні у хірургічних відділеннях Відділкової клінічної лікарні на ст. Сімферополь та Сімферопольської ЦКРЛ за період 2005–2010 рр. Вік хворих – від 42 до 68 років. Жінок було 31 (74 %), чоловіків – 11 (26 %). У всіх хворих до і після операції вивчені показники “якості життя” за допомогою короткої форми загального опитувальника SF-36 [8]. Передопераційне обстеження полягало в проведенні клінічних, лабораторних та функціональних досліджень. Комплексне обстеження давало можливість обґрунтувати обсяг потрібної передопераційної підготовки, спрямованої на профілактику гнійно-запальних, серцево-судинних, тромбоемболічних та бронхолегеневих ускладнень. Обсяг профілактичного комплексу визначали індивідуально, але обов'язковою була підготовка шкірних покривів у ділянці операції (місцеве лікування мацераций, трофічних виразок, санація лігатурних нориць). Із 2009 р. запропонований алгоритм почав застосовуватись і при корегуючій абдомінопластичі в естетичній хірургії. Як приклад такого підходу наводимо клінічний випадок хворої Г. віком 52 роки (медична карта стаціонарного хворого № 8693), яка госпіталізована у хірургічне відділення Сімферопольської ЦКРЛ у плановому порядку 12.10.2009 р. зі скаргами на наявність грубого післяопераційного рубця на передній черевній стінці, що її деформує, та біль у лівій половині рубця, який посилюється під час фізичного навантаження. Хворіє з 9 березня поточного року, коли перенесла операцію ліподермектомії з абдомінопластикою в одній з косметологічних клінік м. Сімферополя. Зі слів хворої (витяг відсутній), операція проведена бригадою німецьких хірургів і на другу добу післяопераційного періоду хвора була виписана на амбулаторне лікування. Проте післяопераційний період ускладнився нагноєнням рани, в зв'язку з чим протягом майже трьох місяців хвора лікувалась амбулаторно у хірурга Республіканської клінічної лікарні. Протягом останнього місяця відмітила підсилення больового синдрому в ділянці післяопераційного рубця, в зв'язку з чим і звернулася за

медичною допомогою. При об'єктивному дослідженні загальний стан хворої близький до задовільного. Підвищеного живлення (ріст – 157 см, маса – 80 кг). Зі сторони серцево-судинної та дихальної систем відхилень від норми не виявлено. Живіт округлої форми, збільшений у розмірах за рахунок надмірного розвитку підшкірно-жирової клітковини. У гіпогастрії відмічається грубий гіпертрофований післяопераційний рубець неправильної форми, довжиною 60 см та шириною до 2–3 см. Шкіра навколо рубця гіперпігментована. Пальпація рубця болюча, особливо зліва. Останній грубо деформує передню черевну стінку, спаяний з навколишніми тканинами.

Відмічається асиметричне розташування відносно білої лінії живота сформованого під час першої операції пупка та нерівномірний розподіл підшкірної клітковини навколо рубця (рис. 1). Хвора оглянута терапевтом 13.10.09 р. – встановлено діагноз: “Ожиріння 1 ст., стеатогепатит”. Після проведення передопераційної підготовки 15.10.09 р. хворій проведено реконструктивне оперативне втручання: висічення гіпертрофованого післяопераційного рубця, абдомінопластику, дренажу рани (тривалість – 2 год 5 хв). Втручання проведено під загальним знеболюванням (ендотрахеальний наркоз) після попередньо проведеної розмітки. При висіченні рубця відзначено виразне хронічне запалення тканин у центрі та лівій половині рани, які були максимально можливо видалені. Додатково проведена мобілізація підшкірно-жирової клітковини для адаптації тканин без натягу. Під час дисекції з метою попередження інфікування рани на неї накладали вологі марлеві серветки, просякнуті розчином декасану, а також проводили промивання всієї ранової поверхні розчином декасану. Профілактику інфекційних ускладнень доповнювали шляхом застосування антибактеріального шовного матеріалу (рис. 2) та внут-



Рис. 1. Зовнішній вигляд передньої черевної стінки після першої операції.

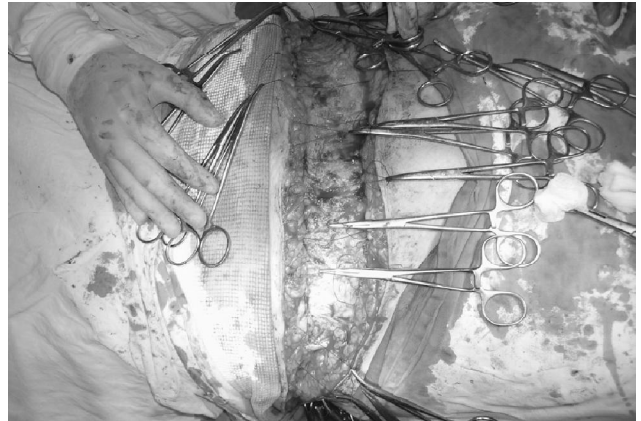


Рис. 2. Ушивання рани антибактеріальним шовним матеріалом.

рішньовенного введення антибіотиків широкого спектра дії. У підшкірній клітковині на всьому протязі були встановлені гумові випускники, а на шкірі з двох сторін (від периферії до центру) двома нитками сформовано внутрішньошкірний косметичний шов із залишенням випускників (рис. 3). У після-



Рис. 3. Зовнішній вигляд післяопераційної рани після завершення операції.

операційному періоді застосовували знеболювальні, антибактеріальну терапію профілактично, фізіопроцедури (УВЧ). Післяопераційний період перебігав гладко, без ускладнень. Гумові випускники видалені на 2–3-тю добу, а внутрішньошкірний косметичний шов – на 8-му добу, рана загоюється первинним натягом. 29.10.2009 р. у задовільному стані виписана на амбулаторне лікування з рекомендаціями для профілактики утворення келоїдних та гіпертрофованих рубців тривалим застосуванням у реабілітаційному періоді силіконових пластин із компресійною білизною. Хвора оглянута через 1 та 2 місяці (рис. 4), скарг не висуває, естетичним результатом операції задоволена.



Рис. 4. Зовнішній вигляд передньої черевної стінки через 2 місяці після реконструкції.

Результати досліджень та їх обговорення.

Після виконання всіх оперативних втручань отримано задовільний результат, який забезпечує достатній рівень “якості життя” і відновлення працездатності у всіх пацієнтів. Зважаючи на позитивні результати, перш за все при проведенні косметичної корекції передньої черевної стінки при операціях із приводу рецидивних вентральних гриж (відсутність ранових ускладнень), а також перші позитивні результати при повторних корегуючих втручаннях в естетичній хірургії живота, вважаємо за доцільне виз-

начити такі аспекти у поліпшенні функціональних та естетичних наслідків при повторній корегуючій абдомінопластиці: максимально можливе висічення тканин із явищами хронічного запалення; мінімальне використання звичайної (монополярної) діатермокоагуляції та забезпечення гемостазу за рахунок лігатурного перев’язування судин; ушивання рани з використанням сучасних атравматичних, розсмоктувальних та антибактеріальних шовних матеріалів, що доповнюється адекватною антибіотикопротекцією; адекватне дренивання рани, в тому числі з використанням гумових випускників; раннє видалення внутрішньошкірного шва (7–8-й день) та при необхідності застосування лейкопластирних стяжок; рання активація хворих із використанням місцевих фізіопроцедур (УВЧ); з метою профілактики утворення келоїдних та гіпертрофованих рубців тривале застосування у реабілітаційному періоді силіконових пластир із компресійною білизною.

Висновок. Використання запропонованого алгоритму при повторній абдомінопластиці оптимізує косметичну корекцію передньої черевної стінки та функціональні й естетичні результати виконаних операцій, дозволяє досягнути медико-соціальної, психологічної та естетичної реабілітації даної категорії хворих.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамян А. А. Ошибки и осложнения после хирургической коррекции деформаций передней брюшной стенки / А. А. Адамян, Б. Ш. Гогия, Р. Э. Величенко // *Анналы пласт., реконстр. и эстет. хирургии.* – 1998. – № 1. – С. 14–20.
2. Алишанов С. А. Структура и причины развития осложненных абдоминопластики / С. А. Алишанов, К. Г. Абалмасов // *Анналы пласт., реконстр. и эстет. хирургии.* – 2006. – № 4. – С. 39–40.
3. Гривенко С. Г. Косметична корекція передньої черевної стінки у хворих з післяопераційними вентральними грижами на фоні ожиріння / С. Г. Гривенко, Ю. О. Мацюк, П. О. Резанов // *Материлы науч.-практ. конф. “Современные методы хирургического лечения вентральных грыж и эвентраций”.* – Алушта, 2006. – С. 56–58.
4. Ильченко Ф. Н. Диагностика и лечение очагов хронического воспаления в мягких тканях живота при послеоперационных и

- рецидивных грыжах / Ф. Н. Ильченко // *Таврический медико-биол. вестн.* – 1999. – № 1–2. – С. 120–124.
5. Пшениснов К. П. Осложнения абдоминопластики / К. П. Пшениснов, З. Ц. Григорян // *Анналы пласт., реконстр. и эстет. хирургии.* – 2005. – № 3. – С. 111.
6. Абдоминопластика: история развития, современное состояние и алгоритм выбора метода операции / В. В. Храпач, О. В. Балабан, И. А. Назаренко, Д. В. Унукович // *Хірургія України.* – 2009. – № 3 (31). – С. 95–100.
7. Matarasso A. Types of abdominal wall defects / A. Matarasso // *Clin. Plast. Surg.* – 1989.
8. Ware J. E. Measuring patients’ views: the optimum outcome measure. SF 36: a valid, reliable assessment of health from the patient’s point of view / J. E. Ware // *V.M.J.* – 1993. – Vol. 306. – P. 1429–1430.

Отримано 16.03.11