



В. В. Кемкін¹,
М. С. Кравець^{2,3}

¹Медичний центр «Корона»,
м. Львів

²Запорізька міська лікарня
екстренної та швидкої
медичної допомоги

³Запорізький державний
медичний університет

© Кемкін В. В., Кравець М. С.

РЕКОНСТРУКТИВНА ЕСТЕТИЧНА ВТОРИННА АБДОМІНОПЛАСТИКА ПРИ НИЖНІЙ КОНТУРНІЙ ДЕФОРМАЦІЇ ТУЛУБА

Реферат. *Вступ.* Проблема краси та моди в сучасних реаліях не можлива без пластичної та естетичної хірургії, яка стала невід'ємною складовою сучасного суспільства. Зростають вимоги до якості проведення абдомінопластики: пацієнтки стали більш вимогливими, тому вибір оптимального виду операції який буде відповідати об'єму та характеру корекції має дуже важливе значення, що в подальшому вирішить їх естетичні проблеми.

Мета. Проаналізувати основні причини вторинних естетичних реконструктивних операцій при нижній контурній деформації тулуба, а також вибрати оптимальне оперативне втручання, яке дозволить скорегувати область живота та суміжні анатомо-функціональні ділянки.

Матеріал і методи. Нами проведений аналіз лікування 23 пацієнток, яким проведена вторинна естетична реконструктивна абдомінопластика при нижній контурній деформації тулуба. Всі оперативні втручання виконувались в лікувальних закладах України, а також близького та далекого зарубіжжя. Від моменту первинної операції пройшло від 6 до 48 місяців.

Пацієнтки амбулаторно обстежені, проведені клініко-лабораторні, інструментальні, променеві методи діагностики, оглянуті гінекологом, терапевтом, а також за показаннями – іншими спеціалістами

Результати. Основними причинами вторинних оперативних утручань були естетичні – у 18 (78,26%), функціональні – у 2 (8,7%), змішані – у 3 (13,04%) наших пацієнток. Нами розроблена класифікація, яка дозволяє виділити основні причини вторинних абдомінопластик, правильно сформулювати діагноз, вибрати оптимальний вид оперативного втручання. Автори при нижній контурній деформації тулуба виконували кругову абдомінопластику 360°, або нижній боділіфтинг. Дане оперативне втручання покращує контури тіла, забезпечуючи підтяжку шкіри та усунення надлишкового жиру в області передньої черевної стінки, бокових ділянок спини, стегон, сідниць.

Висновки. Таким чином, операцією вибору при неусуненій нижній контурній деформації тулуба повинен стати нижній боділіфтинг (кругова абдомінопластика (360°).

Ключові слова: реконструктивна кругова абдомінопластика 360°, контурна деформація тулуба, моделювання живота, класифікація.

Вступ

Проблема краси та моди в сучасних реаліях не можлива без пластичної та естетичної хірургії, яка стала невід'ємною складовою сучасного суспільства [1-4]. В зв'язку з вищезазначеним, пластичні оперативні втручання стали більш затребуваними. Паралельно зростають вимоги до якості проведення абдомінопластики: пацієнтки стали більш вимогливими, тому вибір оптимального виду операції, який буде відповідати об'єму та характеру корекції, має

дуже важливе значення, що в подальшому вирішить їх естетичні проблеми [5-7].

Мета

Проаналізувати основні причини вторинних естетичних реконструктивних операцій при нижній контурній деформації тулуба, а також вибрати оптимальне оперативне втручання, яке дозволить скорегувати область живота, а також суміжні анатомо-функціональні ділянки.



Матеріал та методи досліджень

Нами проведений аналіз лікування 23 пацієнток, яким проведена вторинна естетична реконструктивна абдомінопластика при нижній контурній деформації тулуба. Всі первинні оперативні втручання виконувались в лікувальних закладах України, а також близького та далекого зарубіжжя. Від моменту первинної операції пройшло від 6 до 48 місяців.

Вік пацієнток склав від 24 до 42 років. Від 20-29 – 6 (27,1%), 30-39 – 13 (56,5%), 40-49 – 4 (17,4%) пацієнток.

Пацієнтки амбулаторно обстежені, проведені клініко-лабораторні, інструментальні, променеві методи діагностики, оглянуті гінекологом, терапевтом, а також за показаннями – іншими спеціалістами.

При потребі 4 (17,4%) пацієнткам проведено передопераційну корекцію вітальних функцій, як амбулаторно, так і в стаціонарі.

Статистичний аналіз отриманих результатів виконувався з використанням SPSS Statistics for Windows. Отримані результати оброблялися методами дескриптивної статистики. Результати представлено у вигляді середньоарифметичної та стандартної оцінки середньої ($M \pm m$).

Усі пацієнти надали письмову інформовану згоду на участь у дослідженні, оперативне втручання та опрацювання персональних даних відповідно до принципів Гельсінської декларації.

Результати досліджень та їх обговорення

Основними причинами вторинних оперативних втручань були естетичні – 18 (78,26%), функціональні – 2 (8,7%) та змішані – 3 (13,04) пацієнтки.

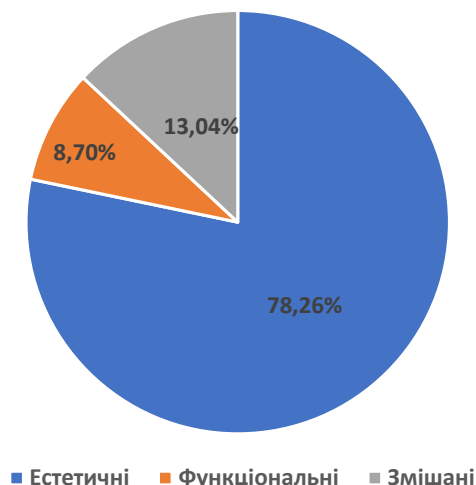


Рис. 1. Основні причини вторинних абдомінопластик

Серед естетичних причин виділяємо дві групи: тактичні та технічні. Серед тактичних – невідповідність виконаного оперативного втручання об'єму та характеру нижньої кон-

турної деформації тулуба, що явилось основною причиною вторинних операцій. Виконувались різні види абдомінопластик 16 (69,6%), ліпосакція 2(8,7%), при цьому був відсутній комплексний підхід до естетичних проблем: зберігався птоз сідниць, стегон, а в деяких випадках після проведення первинних оперативних втручань контурна деформація ставала ще більшою. Всі ці причини не задовольняли пацієнток, що в подальшому привело до вторинних реконструктивних естетичних операцій.

Серед інших причин – неповне видалення «фартуха» передньої черевної стінки, не ушитий діастаз прямих м'язів живота, проведення класичної абдомінопластики без втручання на поперековій ділянці, що привело до відсутності корекції сідниць, стегон. В результаті неповної мобілізації шкіри та підшкірно-жирової клітковини передньої черевної стінки що мало не естетичний вигляд.

Наступну групу склали пацієнтки з гнійно-некротичними ускладненнями передньої черевної стінки – 3 (13,04%). При мобілізації шкірно-підшкірної клітковини, або в результаті натягнення може порушуватись кровопостачання, що веде до некрозу передньої черевної стінки з подальшим інфікуванням та розвитком гнійного процесу. Невеликі крайові некрози гояться самостійно після проведення консервативного лікування. При великих некрозах можуть бути задіяні всі шари передньої черевної стінки, що веде до утворення її дефектів. У 3 (13,04%) пацієнток мала місце післяопераційна кила з локалізацією в гіпогастральній області із розмірами 8 × 12, 4 × 7, 13 × 10 см.

Проаналізувавши причини вторинних абдомінопластик, нами була запропонована класифікація, яка дозволить патогенетично сформулювати діагноз, а також вибрати оптимальний естетичний вид оперативного втручання.

1. Естетичні проблеми

Тактичні:

а) виконання різних видів абдомінопластик без корекції суміжних ділянок;

б) виконання тільки ліпосакції без урахування функціонального стану шкіри та підшкірно-жирової клітковини;

в) нескорегований діастаз прямих м'язів живота, а також інших кил черевної стінки та порожнини;

д) нескореговані бокові ділянки живота, що привело до відсутності талії, або вона не задовольняє пацієнтку;

ж) не повністю проведена мобілізація шкіри та підшкірно-жирової клітковини, а також знаходження рубця в зоні візуалізації.

Технічні:

а) асиметрія передньої черевної стінки (некроз, гематома, серома);



в) «собачі вуха» (надлишок шкіри по краям розрізу);

г) рецидив киля;

д) невірно проведена транспозиція пупка, некроз пупка;

ж) не проведено моделювання.

2. Функціональні проблеми

а) стійкий набряк черевної порожнини, викликаний порушенням відтоку лімфи;

б) значна асиметрія черевної стінки, як результат гнійно-септичних ускладнень;

в) не вирішені проблеми з гнійно-запальними процесами м'яких тканин передньої черевної стінки.

3. Змішані проблеми — дія декількох факторів, які привели до вторинних оперативних втручань.

4. Неврахування поєднаної патології та факторів ризику

а) операції при нестабільній вазі;

б) онкологічні захворювання в стадії субкомпенсації;

в) сахарний діабет I типу;

д) ожиріння;

є) проведення оперативного втручання перед плануванням вагітності у найближчий час;

ж) з часом та віком еластичність шкіри знижується, що може призвести до нового провисання тканин, навіть після успішно проведеної операції.

5. Нереалістичні очікування пацієнта.

Іноді пацієнтка може мати нереалістичні уявлення про те, чого можна досягти за допомогою абдомінопластики, які в наступному ведуть до пошуку вторинної корекції.

Операцією вибору при нижній контурній деформації тулуба повинна стати кругова абдомінопластика 360°, або нижній боділіфтинг [8].

Для підвищення ефективності лікування розроблено алгоритм кругової абдомінопластики 360°, який дозволяє стандартизувати хід операції.

Дане оперативне втручання дозволяє покращити контури тіла, забезпечуючи підтяжку шкіри та усунення надлишкового жиру в області передньої черевної стінки, бокових ділянок, спини стегон, сідниць [9, 10, 11].

Післяопераційні ускладнення виникли у 5 (21,7%) пацієнток. У 2 (8,7%) пацієнток — крайовий некроз в гіпогастральній ділянці. Проведено консервативне лікування, яке дало позитивний результат. Тривалий лімфовідтік по дренажах до 9 діб спостерігали у 2 (8,7%) пацієнток. Після проведення консервативного лікування з використанням біотоків лімфовідток був зупинений.

При крововиливі у передню черевну стінку, який діагностований у 1 (4,3%) пацієнтки, проводили фізіотерапевтичні процедури, а та-

кож місцеве медикаментозне лікування яке закінчилось повним розсмоктуванням осередку.

Дренажі видаляли на 7-9 добу. Шви знімалися на 13-15 добу.

У всіх оперованих нами пацієнток отримано позитивний естетичний результат, який задовольняв як пацієнтку так і хірурга. Оперативне втручання виконували під багатокомпонентним ендотрахеальним наркозом. Перед проведенням операції проводилася розмітка, яка дозволяла виділити ділянки, що підлягають видаленню та підтяжці з наступною корекцією.

Слід зазначити, що ми дотримувалися пацієнто-орієнтованого підходу, тому розмітка була зроблена спільно з пацієнткою що дозволило отримати максимально позитивного естетичного результату.

Наступним етапом була корекція поперекової ділянки, спини, а також підтяжка сідниць і задньої поверхні стегон. Для цього пацієнтку перевертали на живіт і в подальшому видалявся надлишок тканин, шкірно-жирові клапті відшаровувалися з подальшою фіксацією. Для більш надійної фіксації нижнього клапотя нами розроблено спеціальний шов, який накладався з кожної сторони в кількості чотирьох, що давало змогу добитись естетичного ефекту на тривалий термін і стало запорукою профілактики птозу шкіри сідниць, стегон.

При цьому шкіра та підшкірно-жирова клітковина підтягуються, і створюють естетичні контури. Надалі проводилося ліпомоделювання за допомогою ліпосакції з проблемних ділянок спини, задньої поверхні стегон, поперекової та бокових ділянок живота.

Після проведення корекції поперекової ділянки пацієнтку перевертали на спину та проводили мобілізацію шкіри та підшкірно-жирової клітковини від гіпогастрії до мечеподібного відростка. При мобілізації враховувалися особливості анатомії судин передньої черевної стінки, особливо після таких ускладнень як некроз.

Важливе значення має УЗ доплерівське дослідження, а також контрастна комп'ютерна томографія передньої черевної стінки до проведення оперативного втручання, які дозволяють оцінити особливості кровопостачання.

На даному етапі приділяємо увагу ретельному гемостазу, особливо при вторинних абдомінопластиках, що є профілактикою утворення гематом, крововиливів, а також збереження зв'язки Скарпа та веде до значного зменшення лімфовідтоку по дренажах.

У пацієнток, яким проводили вторинну абдомінопластику, відмічали виражений адгезивний та злуковий процес в підшкірно-жировій клітковині та черевній порожнині.

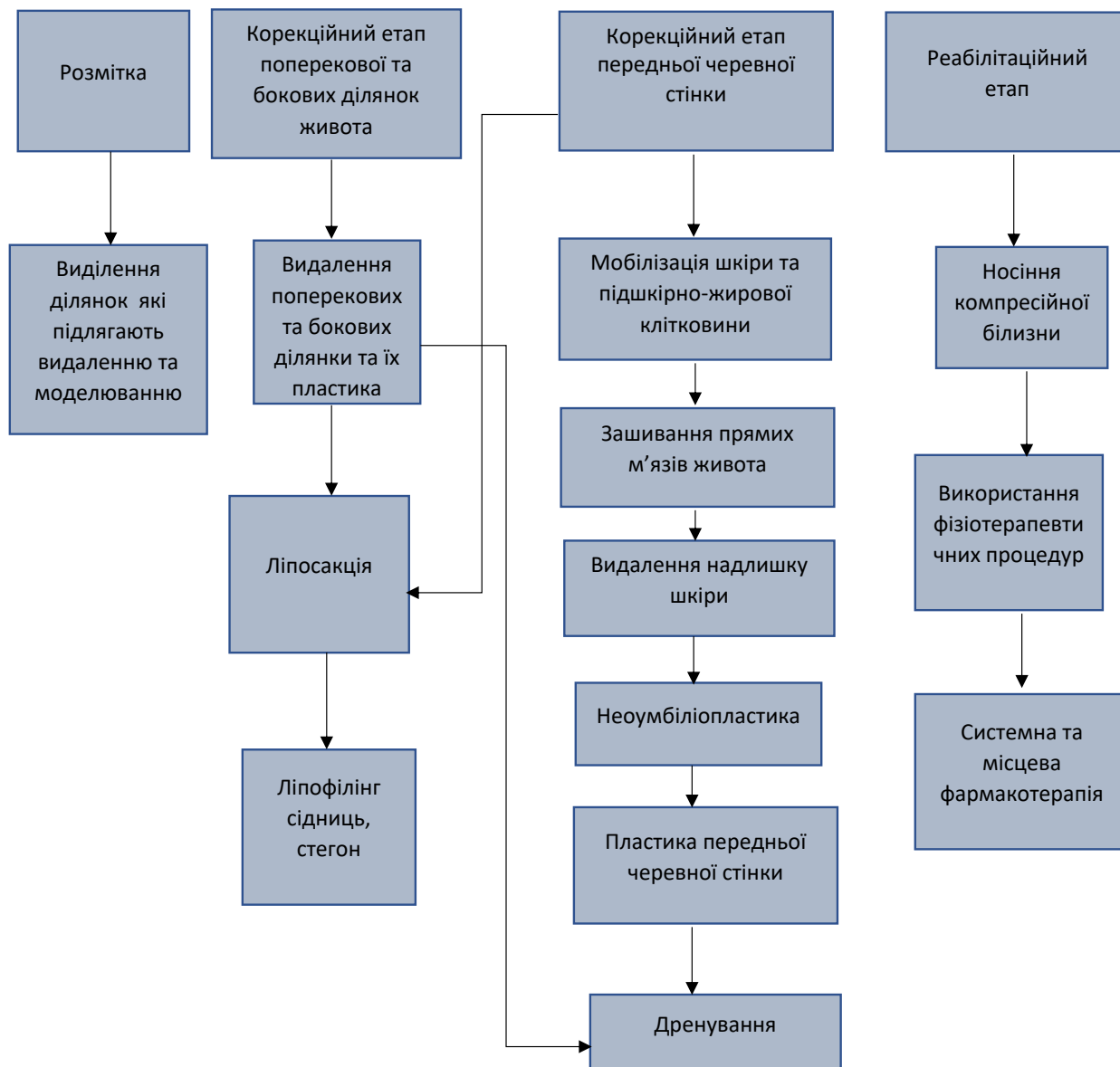


Рис. 2. Алгоритм кругової абдомінопластики 360°

Розвиток адгезивного та злукового процесу, особливо після гнійно-септичних ускладнень, порушує анатомію всіх шарів черевної стінки, веде до її деформації, що значно ускладнює хід оперативного втручання та підвищує кровоточивість. У 2 (8,7%) пацієток під час операції було виявлено абсцес підшкірно-жирової клітковини, через що знадобились додаткові місцеві санації та інтенсивна протизапальна терапія. Післяопераційний період пройшов без ускладнень. Корекційний етап передньої черевної стінки завершували видаленням надлишкової підшкірно-жирової клітковини з подальшою пластикою передньої черевної стінки.

Під час проведення мобілізації передньої черевної стінки овальним розрізом пупок виділявся і після проведеної пластики фіксувався до заздалегідь зробленого «вікна».

У пацієток з післяопераційними вентральними грижами проводили пластику передньої черевної стінки з використанням сітчастих протезів та наступним виконанням кругової абдомінопластики 360° та інших естетичних оперативних утручань.

У подальшому за допомогою ліпомодування талії, а також передній черевній стінці, надавали більш чітку форму.

У післяопераційному періоді інтенсивна терапія була спрямована на корекцію волемічних, електролітних, кислотно-лужних порушень, профілактику тромбо- та жирової емболії. Велике значення приділялося порушенню білкового обміну, дисфункція якого веде до розвитку інтерстиціального набряку, що в подальшому супроводжувалося зниженням тургора шкіри та її птозом. Для цього пацієтки приймають проте-



їн, починаючи з раннього післяопераційного періоду і продовжуючи протягом реабілітації, який сприяє покращанню стану шкіри та підшкірно-жирової клітковини і стабілізує м'язову масу.

Реабілітаційний період, який має не менш важливе значення, чим проведене оперативне втручання, починається з перших годин і включає активацію пацієнтки, носіння компресійної білизни, призначення фізіотерапевтичних процедур. Компресійну білизну використовують з перших годин після оперативного втручання і рекомендують носити до 6 місяців.

Висновки

Таким чином операцією вибора при неусуненій нижній контурній деформації тулуба є нижній боділіфтинг (кругова абдомінопластика 360°). Дане оперативне втручання є високоефективним, повинно виконуватись кваліфікованими спеціалістами у вищезазначеній області хірургії і дозволяє скорегувати дефекти первинних операцій, а також добитись позитивних естетичних форм на суміжних ділянках, що значно покращує якість життя.

REFERENCES

1. Smith JA, Jones CB. Lower body lift after massive weight loss: a review. *Plast Reconstr Surg.* 2018;142(5):1201-10. Doi: 10.1097/PRS.0000000000004944
2. Goutte B, Delay E, Toussaint B, et al. A review of complications in circumferential abdominoplasty. *Ann Chir Plast Esthet.* 2019;64(2):121-7.
3. Modarressi A. Abdominoplasty with pubic lift after massive weight loss: anatomical considerations and surgical technique. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2021; 14;9(4):3528. doi:10.1097/GOX.0000000000003528.
4. Modarressi A. Is there any role for liposuction in postbariatric body contouring? *Aestheris Plast Surg.* 2020; 44(4):1081-7. doi:10.1007/s00266-020-01777-6
5. Jones A, Smith B. Outcomes of a modified lower body lift technique. *Plast Reconstr Surg.* 2022; 150(5):1011-9. doi:10.1097/PRS.0000000000009695.
6. Doe J, Smith K. Revision Abdominoplasty: A Retrospective Analysis of Techniques and Outcomes. *Aestheris Plast Surg.* 2021; 45(3):887-95. doi:10.1007/s00266-021-01824-0.
7. Choi SW, Lee KW. The reverse lip design: a design for safe and effective abdominoplasty. *Aestheris Plast Surg.* 2021; 29;27(4):194-200. doi:10.1007/s00266-021-02613-2.
8. Kwon SH, Kim DY. A case of abdominoplasty with significant fat removal. *J Korean Soc Plast Reconstr Surg.* 2022;49(2):123-8. doi:10.5999/jkprs.2022.49.2.123.
9. Gong Y, Chen Y, Fu G, et al. Outcomes of Circumferential Abdominoplasty: A Systematic Review. *Plast Reconstr Surg. Glod. Open* 2020;8(7):2821.
10. Wang Y, Li Y, Wang H. A comprehensive review of medial thighplasty: The role of liposuction in reducing complications and optimizing patient outcomes. *Aestheris Plast Surg.* 2024;48(1):15-23. doi:10.1007/s00266-023-02456-w.
11. Eick M, D'Souza J, Khajuria A, Smith R, Eick A, Glick D. Outcomes of Circumferential Abdominoplasty: A Systematic Review. *Plast Reconstr Surg. Glod Open.* 2021;9(12):3991. doi:10.1097/GOX.0000000000002821.



RECONSTRUCTIVE
AESTHETIC SECONDARY
ABDOMINOPLASTY FOR
LOWER TRUNK CONTOUR
DEFORMITY

V. V. Kemkin, M. S. Kravets

Abstracts. Introduction. The problem of beauty and fashion in modern realities is not possible without plastic and aesthetic surgery, which has become an integral part of modern society. The requirements for the quality of abdominoplasty are increasing: patients have become more demanding, so the choice of the optimal type of operation that will correspond to the volume and nature of the correction is very important, which will further solve their aesthetic problems.

Objective. To analyze the main reasons for secondary aesthetic reconstructive surgeries in lower trunk contour deformity, and to select the most optimal surgical intervention that will allow to correct the abdominal area, as well as adjacent anatomical and functional areas.

Material and methods and their discussion. We analyzed the treatment of 23 patients who underwent secondary aesthetic reconstructive abdominoplasty for lower trunk contour deformity. All surgical interventions were performed in medical institutions in Ukraine, as well as in near and far abroad. From 6 to 48 months passed from the moment of the primary operation.

Patients were examined on an outpatient basis, clinical and laboratory, instrumental, and radiological diagnostic methods were performed, and they were examined by a gynecologist, a therapist, and also by other specialists as indicated.

Results. The main reasons for secondary surgical interventions in our patients were aesthetic - in 18 (78.26%), functional - in 2 (8.7%), mixed - in 3 (13.04). The developed classification allows us to identify the main reasons for secondary abdominoplasty, correctly formulate the diagnosis, and choose the optimal type of surgical intervention. The authors performed a 360° circular abdominoplasty, or lower body lifting, for lower body contour deformities. This surgical procedure improves body contours by tightening the skin and removing excess fat in the anterior abdominal wall, lateral areas, back of the thighs, and buttocks.

Conclusions. Thus, the operation of choice for unrepaired lower contour deformity of the torso should be lower body lifting (circular abdominoplasty 360°).

Keywords: reconstructive circular abdominoplasty 360°, contour deformation of the torso, abdominal modeling, classification.

Відомості про авторів

Кравець М. С. — ORCID: 0009-0007-6198-6255; kravecnikolai1961@gmail.com; +38068 9397341

Кемкін В. В. — ORCID: 3206- 5689-5275-8649; Kemkin1994@gmail.com; +38099 6103171