

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ АБДОМИНОПЛАСТИКИ В СОЧЕТАНИИ С ХИРУРГИЕЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И БРЮШНОЙ СТЕНКИ У БАРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

**Б.Б. Базаров**  
**Ф.Х. Бойманов**

<https://doi.org/10.5281/zenodo.14862646>

Невзирая на то, что методики оперативного лечения грыж передней брюшной стенки широко изучены и проработаны, проблема данной патологии остается актуальной. По литературным источникам частота вентральных грыж в общей популяции составляет 11,7-20,9% [1,2]; на их долю грыж приходится до 20% всех операций, выполняемых в хирургических стационарах [3]. Ежегодный показатель количества грыжесечений во всем мире составляет примерно 20 млн. оперативных вмешательств [4].

Стоит отметить, что наличие первичной или послеоперационной вентральных грыж

часто сопряжено с диастазом прямых мышц живота. Этиология и патогенез данных изменений имеют общую природу - они сочетают перманентные показатели повышенного внутрибрюшного давления (беременность, ожирение), врожденные анатомо-морфологические особенности строения («слабость») передней брюшной стенки, различные варианты дисплазии соединительной ткани [5,6].

По данным ВОЗ в 2016 году избыточный вес имели свыше 1,9 миллиарда взрослых старше 18 лет, ожирение - более 650 млн. В работах современных исследователей указывается, что индекс массы тела (ИМТ), превышающий 31кг/м<sup>2</sup>, увеличивает риск развития послеоперационных вентральных грыж [7]. Отдельного внимания требуют пациенты после бариатрических операций, так как велика их восприимчивость к такому роду осложнений. В качестве существенных параметров, определяющих уровень риска, указывается деструкция базового каркаса, а именно перерастяжение и расслоение апоневроза и мышц передней брюшной стенки. Согласно научным данным, установлена зависимость рецидива грыж от массы тела (при избытке до 20% рецидив 37,2%, а более 60% -85,2%) [8,9].

Известно, что генерализованное ожирение является существенным фактором риска возникновения разнообразных послеоперационных осложнений [10]. Избыточная масса тела - одна из основных причин, ухудшающих результаты герниопластики. Симультанная герниоабдоминопластика - это патогенетически оправданная операция у пациентов с вентральной грыжей, ожирением и наличием абдоминоптоза. Сравнительный анализ исходов симульных и изолированных оперативных вмешательств, направленных на коррекцию деформаций передней брюшной стенки, обуславливает определение принципов и основных направлений оптимизации хирургической тактики. Прогнозирование риска развития осложнений в раннем и позднем послеоперационных периодах позволяет осуществить индивидуализированный подход к пациенту.

Бурдин В.В. и соавт. за период 1997-2005 гг. проанализировали ход и результаты лечения 69 пациентов, которым были выполнены симульные операции (абдоминопластика). Общее количество осложнений за ранний послеоперационный

период - 5 (серома, гематома, частичный краевой некроз, деформация «собачьи уши»). Рецидива не было. Функциональный и эстетический результаты операций имел высокую оценку среди пациентов. С точки зрения авторов симультанная герниоабдоминопластика имеет ряд преимуществ: исключает повторное вмешательство, создает оптимальные условия для грыжесечения, удовлетворяет эстетические запросы пациентов [11].

По результатам исследования К. Harth и соавт. за 2011 г. количество послеоперационных осложнений при герниоабдоминопластике с установкой сетчатого эндопротеза увеличилось в 5 раз. В целях сокращения риска возникновения воспалительных явлений в укрепленной области предпочтительно использовать сетки Sublay или Inlay для реконструкции мышечно-апоневротического каркаса после герниопластики. Частота воспалительных реакций возрастает в случае соприкосновения эндопротеза с раневой поверхностью мягких тканей передней брюшной стенки [12].

По мнению Ботезата А.А. и соавт. (2011) дерматолипэктомия показана при герниопластике послеоперационных вентральных грыж больших размеров, в том числе и рецидивных, пациентам с ожирением III-IV степеней. Авторы подчеркивают, что абдоминопластика, несмотря на ее травматичность не сказывалась на активности пациентов в раннем послеоперационном периоде (в среднем иссекали от 3 до 10 кг жира). Удаление лишнего жира способствует увеличению подвижности, более ранней активизации после операции. Все местные осложнения были связаны с краевыми ишемическими некрозами кожи и подкожной жировой клетчатки. В отдаленные сроки (катамнез 10 лет) отмечено 5 (3,8%) случаев рецидивов грыж. При этом пациенты, которым выполнена абдоминопластика, были удовлетворены не только отсутствием рецидива заболевания, но и существенным снижением веса, отсутствием деформации передней брюшной стенки и в целом улучшением качества жизни. Основную долю пациентов составляли женщины - 158 (84%), для них конфигурация живота немаловажна и является значимым социальным аргументом [8].

Несколькими годами позже (2017 г.) Ширанов А.Б и соавт. в статье опубликовали сравнительный анализ изолированной герниопластики и герниоабдоминопластики. Во всех этих случаях использовались сетчатые эндопротезы. Проведение абдоминопластики значительно удлиняло время операции, но не влияло на частоту послеоперационных осложнений. На основании оценки полученных результатов, авторы заключили, что симультанное вмешательство (герниоабдоминопластика) значительно улучшило качество жизни пациентов с обозначенной патологией вне зависимости от размеров грыж [13].

В 2020 г. Асланов А.Д. и соавт. своим исследованием подтвердили, что у больных с избыточной массой тела нередко наблюдаются грыжи передней брюшной стенки, требующие герниоабдоминопластики. Преимуществом обозначенного метода хирургической коррекции является удобный доступ к органам брюшной полости особенно при больших и гигантских грыжах. Для ненатяжной герниопластики использовали сетчатые полипропиленовые эндопротезы фирмы «ЛИНТЕКС». Пластика проводилась по методике Рамиреса с расположением сетчатого протеза внутрибрюшинно. Данные по послеоперационным осложнениям: серома - 12,8%, гематома - 2,6%, лимфорей - 12,8%, гнойновоспалительные осложнения - 10,3%. По

мнению упомянутых авторов, несмотря на высокий показатель осложнений, основной причиной которых являлись изначальное состояние организма (ожирение), сочетание ненатяжной герниопластики и абдоминопластики предполагает наиболее выраженный эстетический и функциональный результат [14].

Выбор метода пластики ventральных грыж заслуживает большого внимания и актуален как для изолированной герниопластики, так и для симультанной герниоабдоминопластики [15].

В статье Манзур Ахмед и соавт. от 2019 г. представлен сравнительный анализ пластики послеоперационных ventральных грыж методами Onlay и Sublay. Исследование включало 65 пациентов с послеоперационными ventральными грыжами. В 1-ой группе (33 пациента) выполнена установка сетчатого протеза методом Onlay, во 2-ой группе (32 пациента) - методом Sublay. В результате проведенного хирургического лечения инфекционные осложнения и расхождение раны были меньше у пациентов 2-ой группы, образование серомы чаще выявляли в 1-ой группе. При контрольном осмотре через 6 месяцев - в 1-ой группе не было рецидива у 20 пациентов, во 2-ой группе - у 12 пациентов. Пациенты 2ой группы в лечении послеоперационной грыжи имели определенное преимущество перед 1-ой группой. Повторная заболеваемость пациентов 2-ой группы была ниже, чем в 1-ой группе [16].

Ильин А. и соавт. в 2019 г. представили сравнительный анализ долгосрочных результатов пластики послеоперационных ventральных грыж (incisional hernia repair (IHR)) методами Sublay и Onlay в сочетании с абдоминопластикой у пациентов, потерявших вес после ободочного желудочного анастомоза по Ру (RYGB). В клиническом анализе приняли участие 40 пациентов. В группе 1 пациентов выполнялась пластика ventральной грыжи методом Sublay и абдоминопластика; в группе 2 - пластика ventральной грыжи методом Onlay и абдоминопластика. Результаты: аномальное заживление ран (2), пневмония (3) и дизестезия (3) у пациентов из группы 1; аномальное заживление ран (2), серома (2), пневмония (2) и дизестезия (4) у пациентов 2-й группы. Повышено качество жизни в функциональном, эстетическом и психологическом аспектах в обеих группах. По мнению авторов, одноэтапная пластика послеоперационной ventральной грыжи способами Onlay/Sublay с абдоминопластикой являются безопасными хирургическими методами, улучшающими функционирование пациентов после значительной потери веса (после RYGB). При симультанной пластике послеоперационной ventральной грыжи методом Sublay и абдоминопластике прослеживался более длительный промежуток времени проведения операции, дренирования, применения анальгетиков, мобилизации и диеты по сравнению с методом Onlay. Значительное улучшение качества жизни отмечалось после каждого последующего этапа хирургического лечения в обеих группах [7].

К плюсам комплексного лечения следует отнести: снижение необходимого количества наркоза и госпитализаций, одномоментное лечение и снижение финансовых затрат, сокращение срока реабилитации [10].

### **Заключение**

Представленный анализ научной литературы показал, что и симультанная герниоабдоминопластика, и изолированная герниопластика имеют свои преимущества и недостатки. Часть авторов склоняется к тому, что изолированные последовательно

выполненные хирургические вмешательства менее травматичны и более прогнозируемы. Другие склонны считать, что одновременное выполнение абдоминопластики имеет не только ряд значительных медицинских преимуществ (сокращение времени и количества оперативных вмешательств, широкий доступ для выполнения грыжесечения и ушивания диастаза прямых мышц живота, сокращение количества проведенных наркозов и т.д.), но социальное и экономическое значение.

Противоречивость хирургических взглядов на вышеназванные операции, неудовлетворительные результаты оперативных вмешательств, ряд определенных осложнений является основным побудительным мотивом к поиску наиболее оптимального решения вопросов коррекции патологии передней брюшной стенки.

### References:

1. Kingsnorth, A. Hernias: inguinal and incisional / A. Kingsnorth, K. LeBlanc // Lancet. - 2003. - Vol. 362, № 9395. - P. 1561-1571. Современные синтетические имплантаты в реконструктивной хирургии брюшной стенки / Н.Л. Матвеев [и др.] // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ». - 2020. - № 3. - С. 74-84.
2. Адамян, Р.Т. Хирургические аспекты лечения грыж передней брюшной стенки в сочетании с абдоминоптозом / Р.Т. Адамян, Р.Р. Велиханов, Г.Э. Даштоян // Пластическая хирургия и эстетическая медицина. - 2019. - № 4. - С. 50-53.
3. Abdominoplasty after major weight loss: improvement of life and psychological status / C.C. Lazar [et al.] // Obes. Surg. - 2009. - Vol. 19, № 8. - P. 1170-1175.
4. Бурдин, В.В. Результаты абдоминопластики в сочетании с герниопластикой в лечении вентральных грыж / В.В. Бурдин, Э.М. Перкин // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. - 2007. - № 4. - С. 67-69.
5. Harth, K.C. Optimum repair for massive ventral hernias in the morbidly obese patient - is panniculectomy helpful? / K.C. Harth, J.A. Blatnic, M.J. Rosen // Am. J. Surg. - 2011. - Vol. 201, № 3. - P. 396-400.
6. Тактика ведения больных с послеоперационными вентральными грыжами и ожирением / А.Б. Ширанов [и др.] // Здоровье и образование в XXI веке. - 2017. - Т. 19, № 11. - С. 92-96.
7. Натяжная герниопластика и абдоминопластика у пациентов с морбидным ожирением / А.Д. Асланов [и др.] // Московский хирургический журнал. - 2020. - № 2. - С. 45-53.
8. Patient selection optimization following combined abdominal procedures: analysis of 4925 patients undergoing panniculectomy/abdominoplasty with or without concurrent hernia repair / P.G.L. Koolen [et al.] // Plast. Reconstr. Surg. - 2014. - Vol. 134, № 4. - P. 539e-550e.
9. Ahmed, M. Comparisons of onlay versus sublay mesh fixation technique in ventral abdominal wall incisional hernia repair / M. Ahmed, M. Mehboob // J. Coll. Physicians Surg. Pak. - 2019. - Vol. 29, № 9. - P. 819-822.
10. Sublay or onlay incisional hernia repair along with abdominoplasty: which is better? Long-term results / A. Iljin [et al.] // Hernia. - 2019. - Vol. 23, № 4. - P. 757-765.

11. Грыжи живота: современные аспекты этиологии, патогенеза, диагностики и лечения: учебное пособие / В.И. Белоконев [и др.]. - М.: ФОРУМ; ИНФРА-М, 2019. - 184 с.
12. Первый опыт применения подкожной эндоскопической пластики диастаза прямых мышц живота и пупочных грыж по методике Scola / И.В. Макаров [и др.] // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ». - 2020. - № 3. - С. 119-124.
13. Faylona, J.M. Evolution of ventral hernia repair / J.M. Faylona // Asian J. Endosc. Surg. - 2017. - Vol. 10, № 3. - P. 252-258.
14. Новиков, С.В. История хирургии вентральных грыж / С.В. Новиков // Хирургия Восточная Европа. - 2012. - № 4. - С. 104-110.
15. Hotta, T.A. 2012 statistics for plastic surgical and nonsurgical procedures / T.A. Hotta // Plast. Surg. Nurs. - 2013. - Vol. 33, № 2. - P. 57-60.
16. Safe and consistent outcomes of successfully combining breast surgery and abdominoplasty / W.G. Stevens [et al.] // Aesthet. Surg. J. - 2009. - Vol. 29, № 2. - P. 129-134.

INNOVATIVE  
ACADEMY