

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ АБДОМИНОПЛАСТИКИ С КОРРЕКЦИЕЙ ДИАСТАЗА ПРЯМЫХ МЫШЦ ЖИВОТА ПУТЕМ УСТАНОВКИ АЛЛОТРАНСПЛАНТАТА В РЕТРОМУСКУЛЯРНОЕ ПРОСТРАНСТВО

*Краснов С.В., Струнович А.А., Быков Н.М., Юрченко С.А., Романенко Т.А.
УЗ «Могилевская городская больница скорой медицинской помощи», Могилев,
Беларусь*

Введение. На сегодняшний день убедительного и однозначного ответа на вопрос является ли диастаз прямых мышц живота чисто хирургической проблемой нет. Особенно это касается тех случаев, когда на первое место выходит его только эстетическая составляющая и пациенты обращаются к хирургам (а зачастую к пластическим хирургам) именно с жалобами на его наличие, не испытывая при этом какого-либо физического дискомфорта. Не редко отмечается сочетание диастаза прямых мышц живота разной степени выраженности с первичными вентральными грыжами (пупочной, белой линии), когда стоит дилемма об оправданности конкретного оперативного вмешательства и его объеме. В большинстве таких случаев такими пациентами являются молодые женщины, перенесшие 2 или более беременностей.

Наличие в нашем стационаре функционирующего отделения пластической и эстетической хирургии позволило начать освоение симультанных оперативных вмешательств совместной бригадой в составе пластического и общего хирургов, каждый из которых выполнял свой этап операции с позиции наиболее квалифицированного специалиста в данной сфере.

Цель. изучить результаты выполнения оперативных вмешательств у пациентов, в случаях одномоментного (симультанного) выполнения коррегирующей абдоминопластики с пластикой диастаза прямых мышц живота путем установки аллотрансплантата в ретромускулярное пространство (так называемая методика sublay).

Материалы и методы. За период с 2020г. – первые 4 месяца 2023г. на базе отделения пластической и эстетической хирургии стационара выполнено 10 таких оперативных вмешательств. Из них было: мужчин - 1, женщин - 9. Средний возраст оперированных - 40,6 года (33-49 лет). Практически все пациентки имели в анамнезе от 2-х до 3-х беременностей и клинические проявления диастаза появились после родов. 2-е пациентов (включая единственного мужчину) обратились после выраженного похудения (более 40 кг). У 4 пациентов диастаз сочетался с пупочной грыжей (W1), у 1 - с послеоперационной вентральной (M4-5, W1, R0). 2-ум пациентам на первоначальном этапе также была выполнена липосакция боковых отделов передней брюшной стенки. У всех пациентов были явления рубцовой атрофии кожи с выраженным избыточным кожно-подкожным фартуком.

Всем пациентам на первом этапе проводилось выкраивание кожно-подкожного лоскута по предварительной разметке с высечением (перемещением) пупка и мобилизацией по средней линии до мечевидного отростка с сохранением перфорантных сосудов. На втором этапе при диастазе только М1-3 выполнялось рассечение апоневроза по средней (белой) линии начиная на 2-3 см выше пупка (обязательно) по направлению к мечевидному отростку со вскрытием влагалищ прямых мышц живота и формированием единого ретромускулярного пространства. Не измененная (не растянута) белая линия не отсекалась, а производилось лишь отсечение задних листков влагалищ прямых мышц живота по их медиальному краю обеспечивая в дальнейшем зону перекрытия (overlap) устраняемого дефекта сеткой не менее чем на 7-8 см. При диастазе переходящим в зоны М4-5 (3-е пациентов) выполнялся дополнительный продольный разрез апоневроза на 2-3см ниже пупка. Во всех случаях апоневроз в зоне пупка сохранялся интактным. Пупок обезжиривался минимально. Оба этих мероприятия имели цель обеспечить максимальную жизнеспособность пупка в дальнейшем. Так же в зоне пупка в целях сохранения кровоснабжения широко отсекались и задние листки влагалищ (брюшинный покров сохранялся на участке диаметром не менее 5см).

На этапе пластики задние листки сшивались нитью ПДС 2/0 – 0 (производства УП «Фиатос», РБ). Использовалась полипропиленовая (облегченная) или композитная (частично рассасывающаяся) сетка также белорусского производителя УП «Фиатос» («Мономэш» облегченная L2 либо «Полимэш» РМ1 размерами 20*30см, реже 30*30см). Сетка фиксировалась в 4-х – 5-ти точках к ушитому заднему листку только лишь по средней линии. Передний листок ушивался двойной нитью ПДС (петля) 0 – 1. При достаточно широкой белой линии во время ушивания передних листков апоневроза для снижения в послеоперационном периоде эффекта «грубого подкожного валика» проводилось иссечение их краев в необходимом объеме (определялось ситуационно). Дренажирование ретромускулярного пространства выполнялось только после первых 2-х операций, во всех остальных - вакуум-дренажи устанавливались только в подкожную жировую клетчатку.

Результаты и обсуждение. Средняя длительность операции составила 4 ч. 43 мин (3ч. 40 мин – 6 ч.). Этап пластики диастаза составлял в среднем 1ч. 30мин. Самым трудоемким на данном этапе стало сохранение апоневротической целостности высеченного пупка и его жизнеспособности. Не менее трудным было ушивание задних листков на уровне М4-5 (работа в узком пространстве под не рассеченным передним листком). Несколько проще оно выполнялось в случаях дополнительного рассечения апоневроза ниже пупка.

В раннем послеоперационном периоде у половины пациентов отмечались явления компенсированной ишемии пупка, вероятнее всего за счет венозного стаза (купировался самостоятельно). В 1 случае развился краевой поверхностный некроз пупка - была выполнена дозированная некрэктомия с

последующей консервативной терапией и самостоятельным заживлением с минимальными остаточными рубцовыми явлениями.

Для обезболивания в послеоперационном периоде во всех случаях использовались НПВС (Кеторолак) и Промедол (первые сутки после операции с интервалом в 4 ч – 5ч).

Среднее пребывание пациентов составило 2,2 койко/ дня (1 – 4).

Выводы.

1. Выполнение только лишь одной абдоминопластики без коррекции имеющегося диастаза прямых мышц живота, на наш взгляд, не будет иметь удовлетворительного косметического (эстетического) эффекта у пациентов в послеоперационном периоде.

2. Считаем, что простое ушивание (гофрирование) переднего листка апоневроза без сопутствующей аллопластики из-за имеющегося натяжения тканей и хи рубцовых изменений является малоэффективным и в эстетическом и в функциональном планах. А также накладывает определенные ограничения на возможность переносить интенсивные физические нагрузки или выполнять определенную работу в дальнейшем.

3. Одновременное выполнение (симультанно) абдоминопластики и пластики диастаза прямых мышц живота с установкой сетчатого имплантата в пространство sublay является надежной методикой с позиции современной герниологии (позиция врача-хирурга). Также такой подход не требует какого-то отдельного оперативного доступа и на выходе дает желаемый косметический результат (позиция пациента).

4. Трудоемким является этап формирования единого ретромускулярного пространства, при котором необходимо сохранить жизнеспособность высеченного пупка (особенности методики) и обеспечить требуемый эстетический результат. Это решается путем бережной хирургической техники и оставлением максимально интактными тканей околопупочной зоны, включая брюшинный покров.