

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ  
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра пластической хирургии и комбустиологии

**В.Н. Подгайский, С.Ю. Мечковский, В.М. Басалай**

## **АБДОМИНОПЛАСТИКА**

Учебно-методическое пособие

Минск, БелМАПО  
2023

УДК 617.55-089.844(075.9)

ББК 54.548.96я78

П 44

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия  
НМС Государственного учреждения образования  
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»  
протокол № 11 от 30.12.2022

**Авторы:**

*Подгайский В.Н.*, заведующий кафедрой пластической хирургии и комбустиологии государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», доктор медицинских наук, профессор

*Мечковский С.Ю.*, доцент кафедры пластической хирургии и комбустиологии государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования», кандидат медицинских наук

*Басалай В.М.*, ассистент кафедры пластической хирургии и комбустиологии государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

**Рецензенты:**

*Стебунов С.С.*, заведующий отделом общей, пластической и бариатрической хирургии ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», д.м.н., профессор

*Кафедра хирургических болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

**Подгайский В.Н.**

П 44      Абдоминопластика : учеб.-метод. пособие / В. Н. Подгайский, С. Ю. Мечковский, В. М. Басалай. – Минск : БелМАПО, 2023. – 24 с.

ISBN 978-985-584-835-7

В учебно-методическом пособии приведены современное понятие об абдоминопластике и видах операций по ее проведению, описаны особенности предоперационной подготовки, а также представлены результаты хирургических операций и описаны возможные осложнения абдоминопластики.

Учебно-методическое пособие предназначено для слушателей, осваивающих образовательные программы переподготовки по специальности «Пластическая хирургия», повышения квалификации врачей пластических хирургов, врачей-хирургов, а также клинических ординаторов.

УДК 617.55-089.844(075.9)

ББК 54.548.96я78

**ISBN 978-985-584-835-7**

© Подгайский В. Н., Мечковский С.Ю.,  
Басалай В.М., 2023

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

ВВЕДЕНИЕ	4
Развитие подходов в абдоминопластике	6
Предоперационная подготовка и разметка при классической абдоминопластике	8
Результаты абдоминопластики	15
Осложнения абдоминопластики	20
Выводы	22
СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	23

## ВВЕДЕНИЕ

Абдоминопластика - одна из наиболее противоречивых операций в эстетической пластической хирургии. С одной стороны - вмешательство с кажущейся лёгкостью выполнения общим абдоминальным хирургом, который рассматривает его как привычный промежуточный этап лапаротомии, а с другой - операция, сопровождающаяся наивысшим показателем смертности в эстетической хирургии, при которой частота осложнений достигает 27,5-30,8% и более.

Понятие «абдоминопластика» подразумевает под собой методы оперативной коррекции деформации передней брюшной стенки, заключающиеся в сочетанном или изолированном их проявлении в виде излишков кожи и подкожной жировой клетчатки, а также дефектов мышечно-апоневротического каркаса данной области. Указанный метод может также рассматриваться как дополнительный (но не основной) этап лечения эстетических проявлений ожирения.

Современное понятие абдоминопластики включает в себя несколько видов операций:

1. Дермолипэктомия, заключающаяся в резекции излишка кожи и подкожной жировой клетчатки. Выполняется при выраженном ожирении с наличием жирового «фартука» больших размеров на фоне соматических противопоказаний к более радикальным операциям.

2. Традиционная абдоминопластика, включающая дермолипэктомию и укрепление мышечно-апоневротического каркаса передней брюшной стенки.

3. Напряжённая боковая абдоминопластика по Т. Lockwood, которая, в дополнение к традиционному вмешательству, подразумевает основным этапом коррекцию и восстановление тонуса фасциальных структур не только передней брюшной стенки, но и бедер.

4. Напряженная верхняя абдоминопластика по С. Le Louarn а. J. Pascal, в рамках которой, в дополнение к основным этапам традиционной, выполняется анатомически оправданная препаровка кожно-жирового лоскута и его фиксация.

5. Липосакционная абдоминопластика, которая при коррекции контуров туловища используется как самостоятельный этап.

6. Мини-абдоминопластика «закрытая», то есть устранение диастаза прямых мышц живота, герниопластика посредством мини-разрезов и без иссечения кожи.

7. Мини-абдоминопластика «открытая» с иссечением небольшого участка кожи путем применения разреза ограниченной протяженности в надлобковой области.

8. Удаление большого сальника как этап абдоминопластики.

9. Симультанные операции во время абдоминопластики.

10. Абдоминопластика как промежуточный этап другого основного вмешательства, например, при взятии ТРАМ-лоскута.

11. Составляющая часть бодилифтинга.

Абдоминопластика - одна из наиболее тяжелых для пациента эстетических операций, при которой для обеспечения косметического результата, задействуются и функциональные аспекты основных жизненно важных систем: дыхательной и сердечно-сосудистой. Операция требует полноценного анестезиологического обеспечения, проведения объемного предоперационного обследования и подготовки, в большинстве случаев - послеоперационной интенсивной терапии и достаточно длительной контролируемой реабилитации. Хирургическая бригада должна обладать опытом полостной хирургии, а операционная оснащена всем необходимым для проведения лапаротомии и вмешательства на органах брюшной полости.

Следует отметить также наличие у 52,9-79,5% таких пациентов сопутствующих заболеваний: ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, сахарного диабета. Это, несомненно, влияет на особенности предоперационной подготовки, выбор метода, выполнение операции, и на послеоперационное лечение. В этой связи выполнение полнообъемной абдоминопластики рекомендуется проводить в условиях общехирургических стационаров многопрофильных больниц.

Непосредственные причины неудовлетворительных результатов абдоминопластики связаны с трудностями планирования оптимального направления разреза кожи, слоев и границ препаровки тканей, объема резекции кожно-жирового лоскута соответственно участку адекватного кровоснабжения, определения расположения реципиентного положения пупочной ямки, ошибочным выбором способа абдоминопластики для конкретного типа деформации передней брюшной стенки, недостаточно эстетичным видом послеоперационных рубцов вследствие протяженных разрезов кожи с расхождением швов, возможной тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА), флебитом вен нижних конечностей, лимфорреи, с проблемой адекватной подготовки сердечно-сосудистой и дыхательной систем к повышенному внутрибрюшному давлению, которое обязательно возникает во время абдоминопластики на фоне ожирения и при укреплении мышечно-апоневротического каркаса.

## РАЗВИТИЕ ПОДХОДОВ В АБДОМИНОПЛАСТИКЕ

Абдоминопластика - оперативное вмешательство, направленное на исправление контуров передней брюшной стенки.

Колебания веса, беременность, возраст, прием лекарственных средств (например, при гормональной терапии), отсутствие физической нагрузки в повседневной жизни, предыдущие хирургические вмешательства приводят к деформации передней брюшной стенки. Под влиянием вышеперечисленных факторов появляются избытки кожи и подкожной жировой клетчатки, происходит расслабление апоневроза с формированием диастаза прямых мышц живота.

С целью достижения лучших результатов и маскирования послеоперационного рубца разработано большое количество методик выполнения абдоминопластики. Первое описание, датировано 1870 годом, и считается началом эры пластики тела.

В 1890 Demars и Marx сообщили о первой дермолипэктомии во Франции. Kelly, гинеколог-хирург, сообщил о первой такой операции в США в 1899 и назвал ее «поперечная абдоминальная липэктомия». Суть заключалась в выполнении поперечного доступа через фланки и иссечении пупочной грыжи. Нависающий фартук иссекался, а рана ушивалась без поднятия лоскутов и натяжения. Такой метод приводил к невозможности сохранения пупка (Рис. 1). Gaudet и Morestin первыми сообщили об успешном выполнении герниопластики с поперечным разрезом через фланки, иссечении избытка кожи живота и сохранении пупка. Далее последовало множество различных вариантов выполнения абдоминопластики: с разрезами в виде листа клевера, вертикальным иссечением избытка кожи и обширной диссекцией, перемещением поперечного разреза в нижний полюс живота. Таким образом, использовались различные варианты разрезов для достижения поставленной задачи. Эволюция подходов продолжалась в течение столетия.

Современные методики выполнения абдоминопластики, направлены на коррекцию контуров брюшной стенки, которую необходимо осуществить наименее травматичным способом с достижением как можно более эстетичного результата. Именно на создание малотравматичных методик с образованием коротких, малозаметных рубцов и направлены разработки в данной области. Современная абдоминопластика имеет целью не просто удаление избытка кожи и подкожножировой клетчатки. Данное вмешательство подразумевает целый комплекс хирургических манипуляций, включающих помимо прочего укрепление мышечно-апоневротического остова передней брюшной стенки, коррекцию фасциальных структур, устранение диастаза прямых мышц живота; часто

абдоминопластике предшествует липосакция. Учитывая большое количество методических подходов в абдоминопластике, Д.Г. Агапов и соавторы предлагают простую, но весьма емкую классификацию: классическая абдоминопластика, миниабдоминопластика и редко используемые методики. Считается, что последняя группа не может являться методом выбора, так как сопряжена с большим риском развития осложнений. В отношении выбора метода операции при абдоминопластике разработаны четкие алгоритмы, учитывающие такие показатели, как: эластичность кожи и способность ее к сокращению, степень развития подкожной жировой клетчатки, тонус мышечно-апоневротического каркаса, наличие диастаза прямых мышц живота и вентральных грыж.

С.П. Галич и соавторы выделяют пять типов деформации передней брюшной стенки, к которым рекомендуется применять дифференцированный подход при операции. К первому типу относят преимущественно послеродовой птоз в области гипогастрия, как с избытком подкожно-жировой клетчатки, так и без такового. При данном типе мышечно-апоневротический каркас не изменен. Также к первому типу относят деформации, сформировавшиеся вследствие наличия на передней стенке живота рубцов от предыдущих операций. При втором типе мышечно-апоневротический каркас также находится в удовлетворительном состоянии, но всегда присутствует локальный избыток жировой ткани толщиной, не превышающей 5 см не только в гипогастрии, но и в мезогастрии. При третьем типе деформации передней брюшной стенки толщина подкожно-жировой клетчатки превышает 5 см, имеют место выраженный птоз в виде фартука и диастаз прямых мышц живота. Четвертый тип характеризуется куполообразной формой живота со значительной релаксацией мышечно-апоневротического каркаса при незначительном избытке жировой ткани во всех отделах передней брюшной стенки. И, наконец, при пятом типе деформации при сочетании чрезмерного жиросложения, выраженной гипотонии мышечно-апоневротического каркаса и провисании живота до лобка и ниже, всегда присутствуют системные нарушения со стороны внутренних органов и опорно-двигательного аппарата. Клинический опыт авторов позволяет констатировать, что у 100 % пациентов с 4-м и 5-м типами деформации проведение лишь эстетической абдоминопластики недостаточно, требуется также укрепление мышечно-апоневротического каркаса.

Особое место абдоминопластика занимает в качестве ведущего метода коррекции после значительного снижения массы тела. Для достижения оптимального результата операции, выполненной на фоне последствий существенной потери веса, необходим сугубо индивидуальный подход, позволяющий, с одной стороны, минимизировать риски послеоперационных осложнений, а с другой

стороны, достичь максимального эстетического удовлетворения со стороны пациентов. Автор констатирует, что наилучшие результаты достигаются при использовании следующего комплекса хирургических приемов: применение комбинированных разрезов, пластика мышечно-апоневротического комплекса, применение методики «перевернутой буквы V» для пластики пупка и отказ от чрезмерного натяжения тканей для профилактики их ишемии и связанных с ней осложнений.

По мнению ряда авторов, пациентам с морбидным ожирением нецелесообразно и даже небезопасно ограничиваться лишь корригирующей липосакцией и абдоминопластикой. В таких клинических ситуациях авторы рекомендуют в качестве первого этапа лечения бариатрические операции, и лишь после планировать эстетическую коррекцию, так как сама по себе абдоминопластика не является методом лечения ожирения, не устраняет его причин и не обеспечивает профилактику прогрессирующего набора массы тела. Такой подход называют многоцелевой абдоминопластикой. Кроме того, согласно концепции многоцелевой абдоминопластики, корригирующие операции, несмотря на благоприятный эстетический результат, никоим образом не влияют на течение сопутствующих заболеваний, ассоциированных с ожирением.

### **ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА И РАЗМЕТКА ПРИ КЛАССИЧЕСКОЙ АБДОМИНОПЛАСТИКЕ**

Перед выполнением абдоминопластики необходимо собрать тщательный анамнез. Особое внимание следует уделить послеоперационным рубцам в области передней брюшной стенки. Так наличие рубца в подреберной области после холецистэктомии и обширная диссекция в этой зоне могут привести к ишемии и некрозу тканей медиальнее рубца. Вертикальный рубец по средней линии живота не является противопоказанием. Операция в таком случае может быть безопасно расширена с выполнением не только горизонтального иссечения тканей, но и вертикального компонента. Рубцы после аппендэктомии и лапороскопии не вызывают особой обеспокоенности, так как практически всегда включаются в объем тканей для резекции.

Наличие рубцов должно стимулировать поиск различных вариантов грыж передней брюшной стенки. Поэтому, особую осторожность в зоне рубцов следует проявлять при диссекции. Наличие же пупочной грыжи или грыжи белой линии живота определяется на этапе предоперационного осмотра.

Лабораторные исследования, помимо общеклинического стандарта (общий анализ мочи, общий анализ крови, коагулограмма, биохимический анализ крови), могут включать тест на беременность.

Важным моментом в предоперационной подготовке является профилактика легочной эмболии и тромбоза глубоких вен. Пациенты, принимающие противозачаточные препараты или гормональную заместительную терапию, находятся в группе риска развития указанных осложнений. Отмена препаратов за 2 недели до операции существенно снижает риск эмболии и тромбоза.

Пликация передней брюшной стенки может приводить к повышению внутрибрюшного давления, что в свою очередь снижает венозный возврат и объем вентиляции легких. По этой причине, целесообразно выполнять тренировку у пациента путем ношения компрессионного бандажа в течение 2 недель перед операцией.

Предоперационное фотографирование является обязательным этапом. Как правило, фотографии выполняются в 9 позах (Рисунок 1, А-Г).

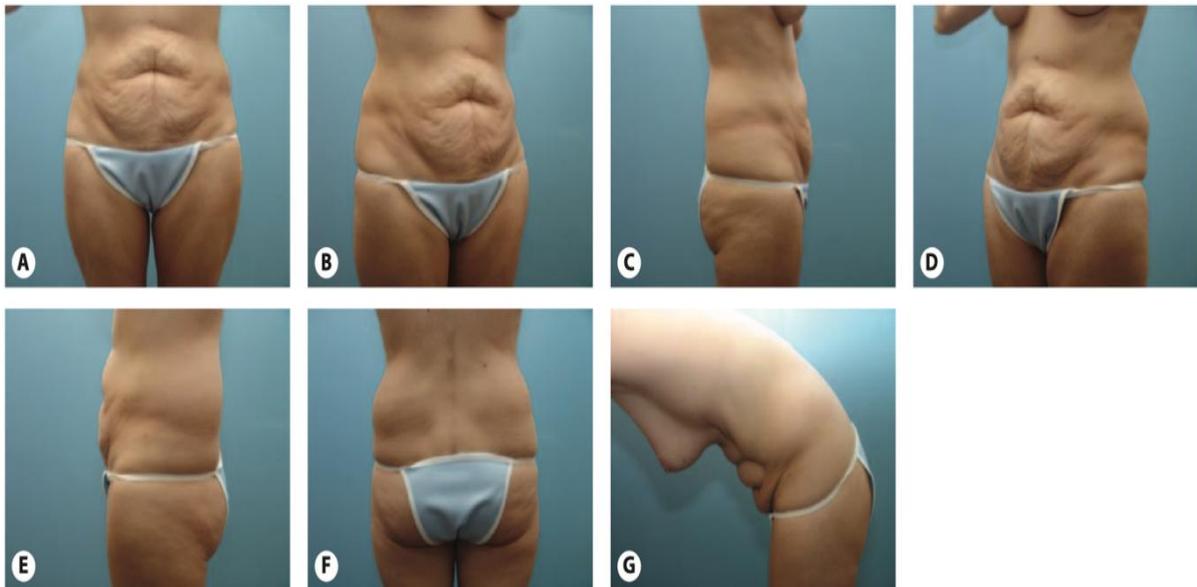


Рисунок 1 – Предоперационное фотографирование

Разметка выполняется в положении стоя. Следует попросить пациента положить руки на низ живота и поднять его вверх, после чего нанести поперечную разметку строго над лобковым симфизом, далее маркировка продолжается латерально по ходу естественной кожной складки. Для оценки симметрии длины и положения будущего разреза следует провести измерения. Чтобы удостовериться, что разрез находится на нужном уровне, можно попросить пациента надеть самое низкое белье – будущий рубец должен быть им прикрыт. Все эти детали оговариваются с пациентом перед операцией.

После нанесения маркировки для нижнего разреза, переходят к нанесению линий верхнего разреза. Таким образом, определяется объем иссечения тканей живота. Тем не менее, истинный объем для иссечения устанавливается интраоперационно. Дополнительно, следует

промаркировать зоны для планируемой липосакции (если она требуется) (Рисунок 2, 3, 4).

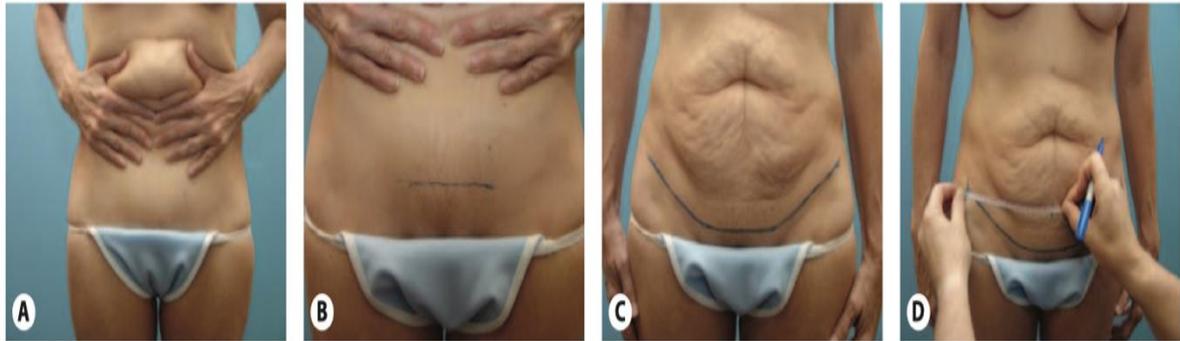


Рисунок 2 – Маркировка нижнего разреза



Рисунок 3 – Определение корректности уровня расположения нижнего разреза и маркировка объема иссечения тканей



Рисунок 4 – Финальная разметка, послеоперационный рубец комфортно прячется в белье

### **Методика операции**

Логичным представляется выделение следующих этапов операции:

#### **1. Разрез**

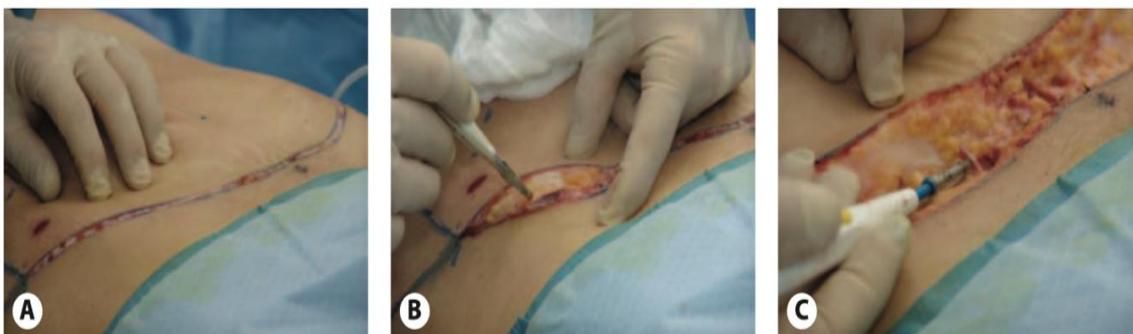


Рисунок 5 – А) разрез до уровня дермы производится скальпелем; В) далее разрез выполняется электроножом; С) поверхностные нижние эпигастральные сосуды на данном этапе требуют особого внимания

#### **2. Диссекция до уровня пупа с выкраиванием пупа**

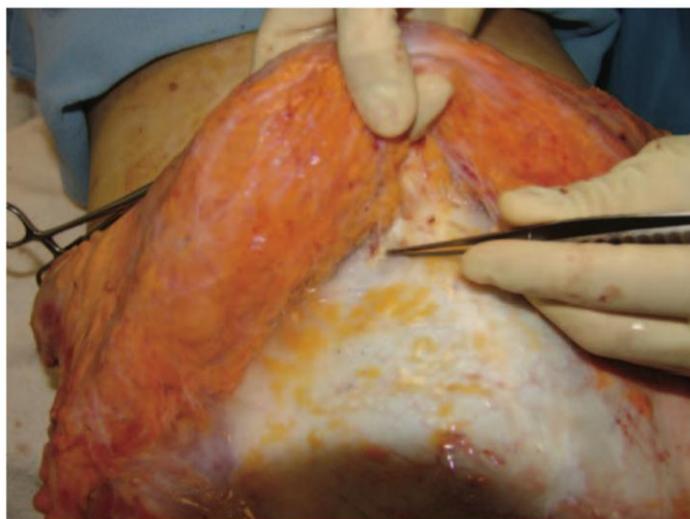


Рисунок 6 – Диссекция до уровня пупа; пинцетом указано расположение перфорантного сосуда

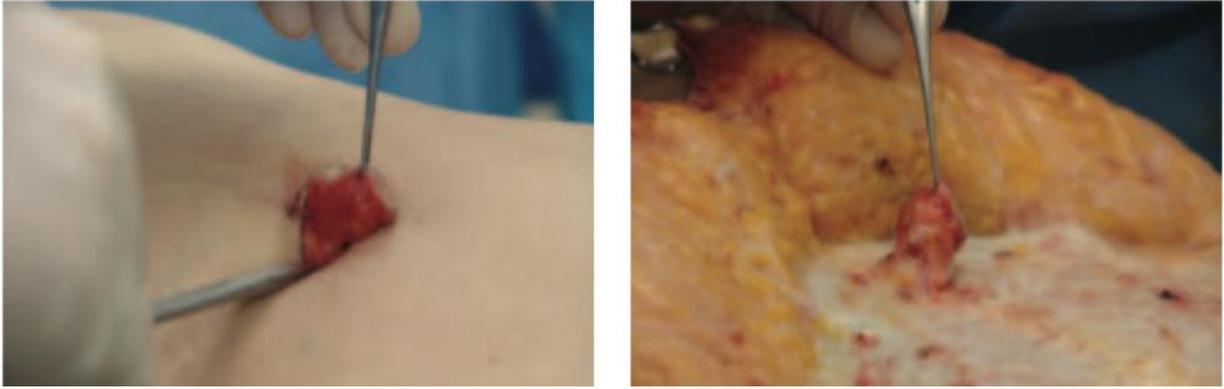


Рисунок 7 – Выкраивание пупа с сохранением пупочного стебля  
**3. Диссекция до уровня мечевидного отростка**

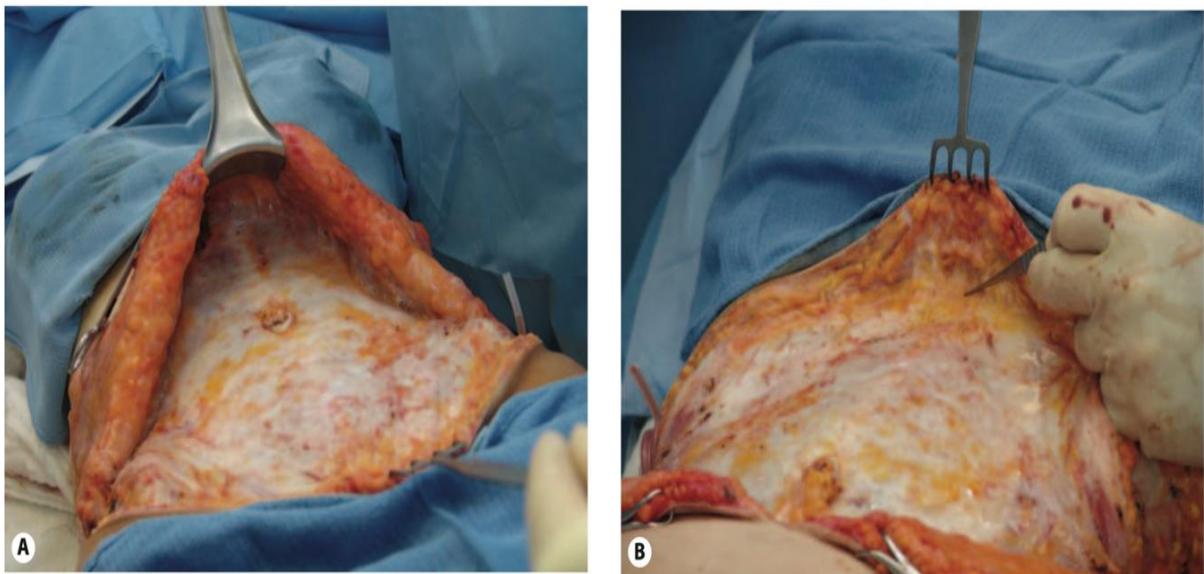


Рисунок 8 – А) диссекция тканей до уровня мечевидного отростка краниально; В) диссекция тканей до уровня лобкового симфиза каудально

#### **4. Пликация прямых мышц живота**

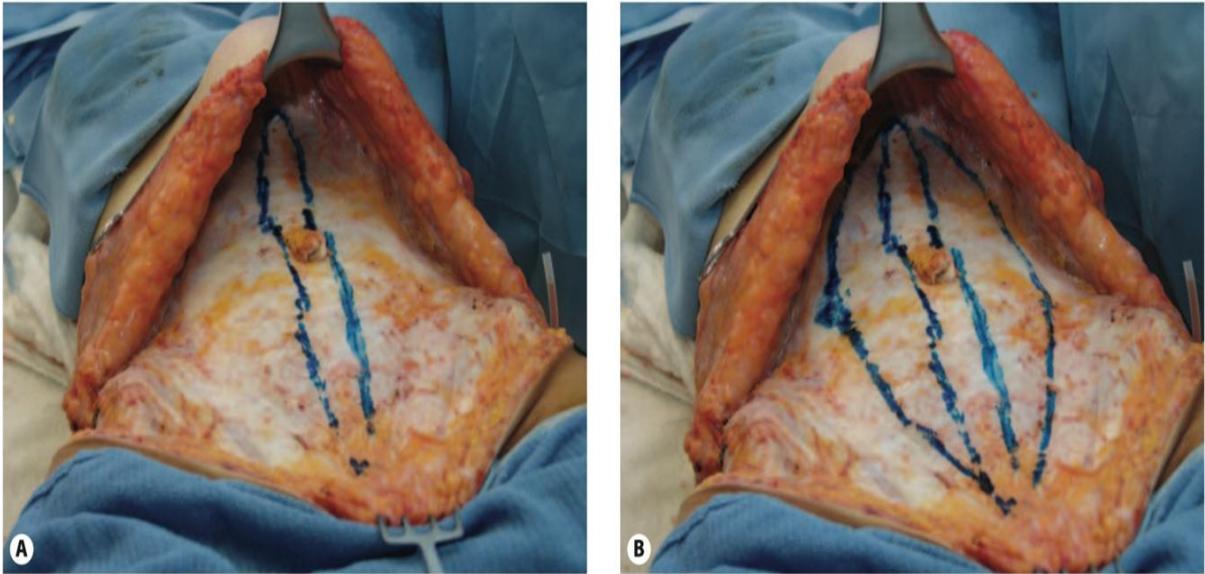
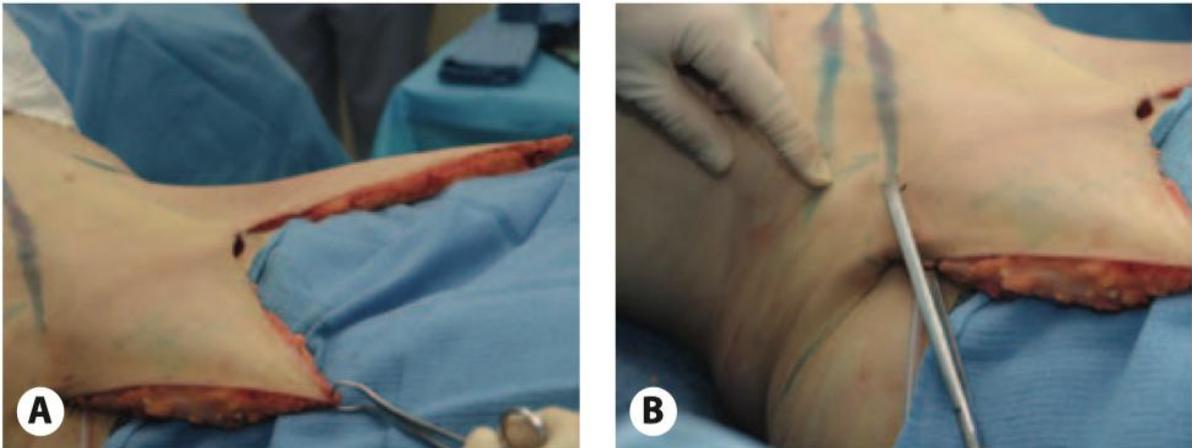


Рисунок 9 – А) определение медиальной границы прямых мышц живота для первого слоя пликаций; В) определение латеральной границы прямых мышц живота для второго слоя пликаций

## 5. Фиксация лоскута и отсечение избытка тканей



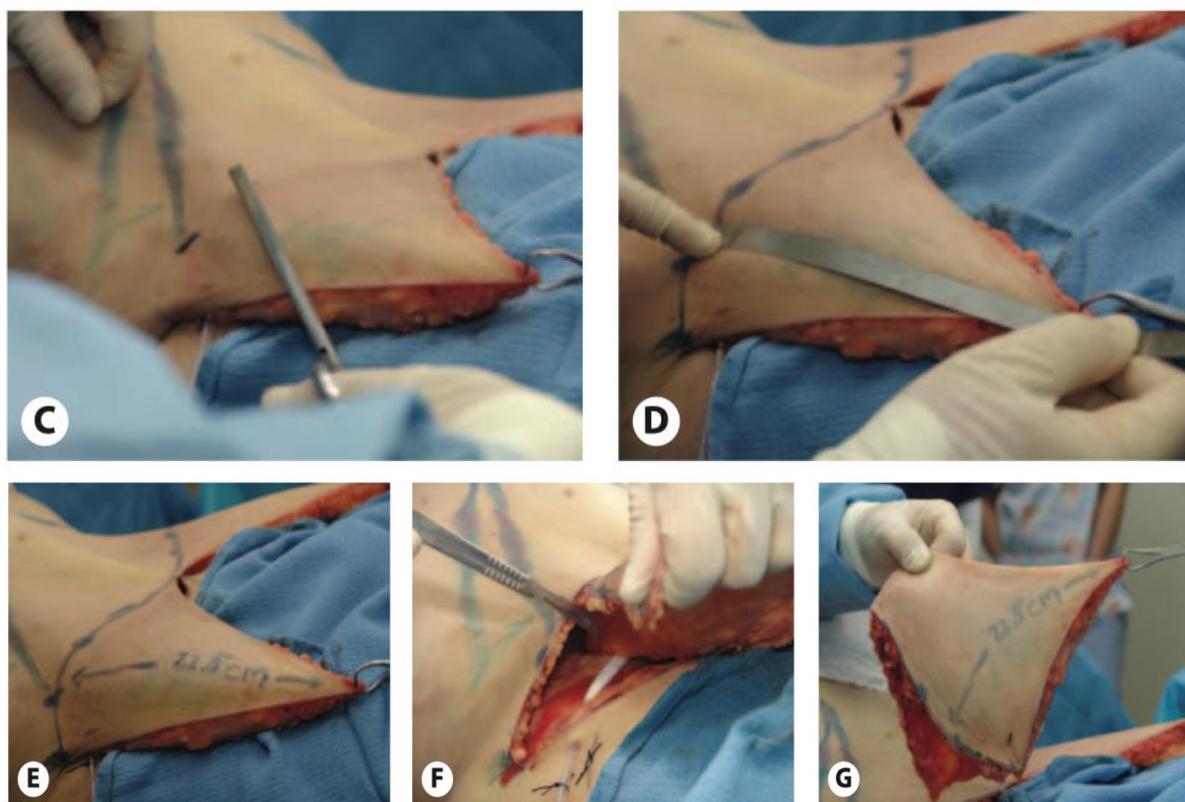


Рисунок 10 – Маркировка тканей для отсечения производится при умеренном присаживании пациента на операционном столе при фиксированной талии. Цапки фиксируются по краям лоскута, в центре выполняется фиксация узловым швом

А) протяженность рассечения лоскута по средней линии определяется натяжением тканей; В и С) используется тканевый демаркатор Питанги, который позволяет тянуть нижний лоскут вверх, а абдоминальный лоскут в противоположном направлении, что позволяет наиболее оптимально установить протяженность тканей для отсечения; D, E) выполняется маркировка разрезов и контроль симметрии отсекаемых фрагментов тканей; F, G) производится отсечение избытка тканей

#### **6. Определение уровня расположения пупа**

Формирование нового пупа является критическим этапом для эстетического результата абдоминопластики.

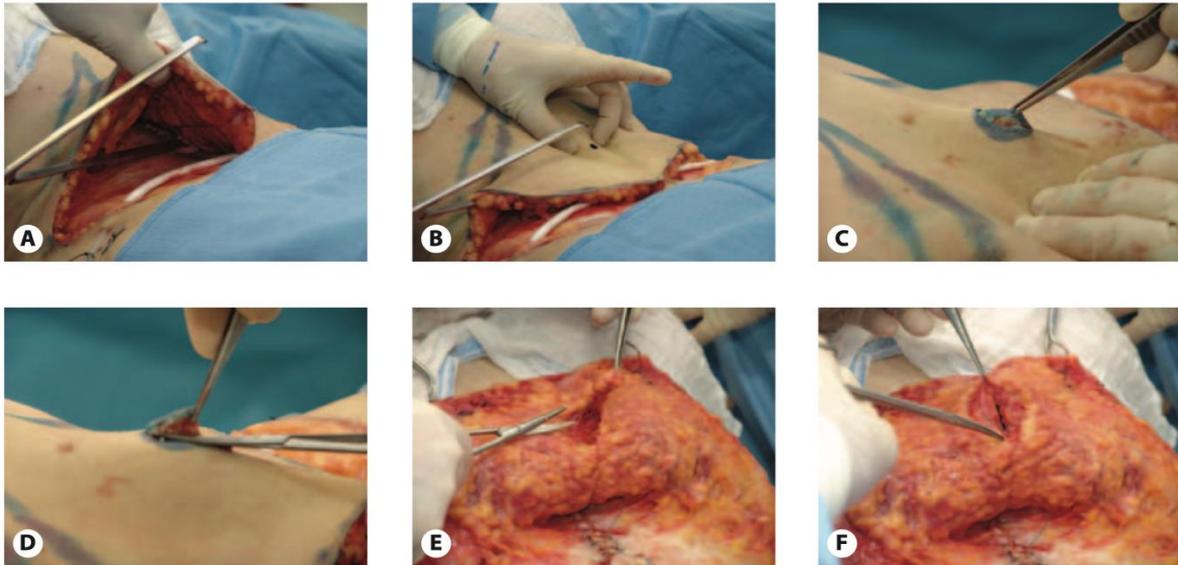


Рисунок 11 – Временная фиксация абдоминального лоскута по срединной линии сохраняется

А и В) Новая позиция пупка определяется с помощью демаркатора Питанги;

С, D) вертикальный кожный эллипс маркируется исходя из формы пупка, кожа рассекается в вертикальном направлении. Е, F) Временный фиксирующий шов снимается, что позволяет выполнить иссечение жира в позициях от 3 до 9 часов, сохраняя умеренное количество жира на 12 часах, с целью нависания тканей над пупком.

### 7. Установка дренажей

Практика свидетельствует о том, что достаточным будет установка двух вакуумных дренажей с расположением трубок в вертикальном и горизонтальном направлениях.

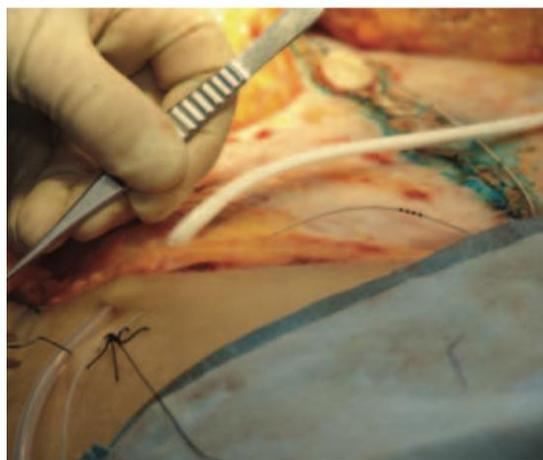


Рисунок 12 – Установленный дренаж

### 8. Послойное ушивание ран

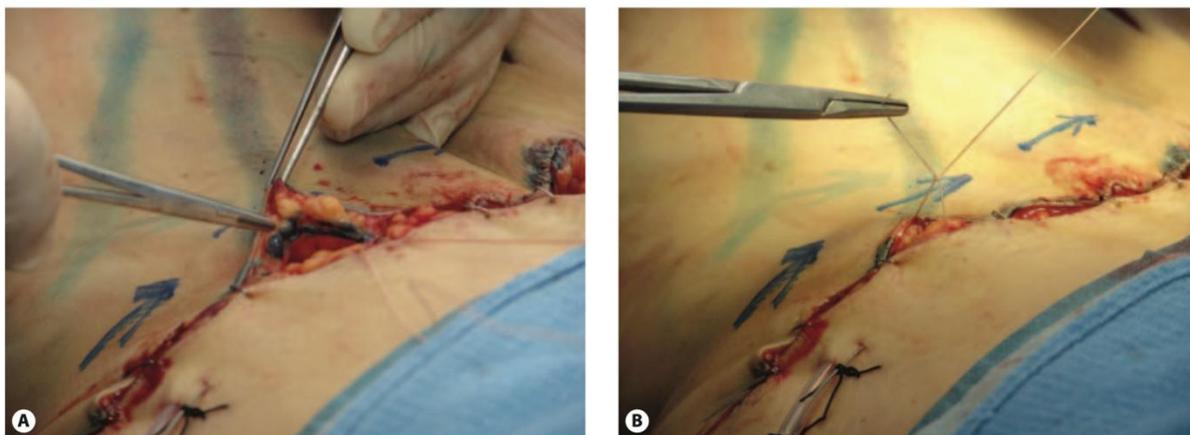


Рисунок 13 – Обязательным этапом закрытия ран является шов поверхностной фасции. Швы накладываются латерально на верхнем лоскуте, медиально – на нижнем, жестко фиксируя и сближая верхний лоскут. Это позволяет избежать латеральных «собачьих ушей» и достигнуть значимого улучшения в области талии

### РЕЗУЛЬТАТЫ АБДОМИНОПЛАСТИКИ

Женщина, 63 года. У пациентки хорошее качество кожи для ее возраста. Предоперационно наблюдался избыток подкожного жира в области живота и слабость передней брюшной стенки. Была выполнена классическая абдоминопластика с миофасциальной пликацией (Рисунок 14)

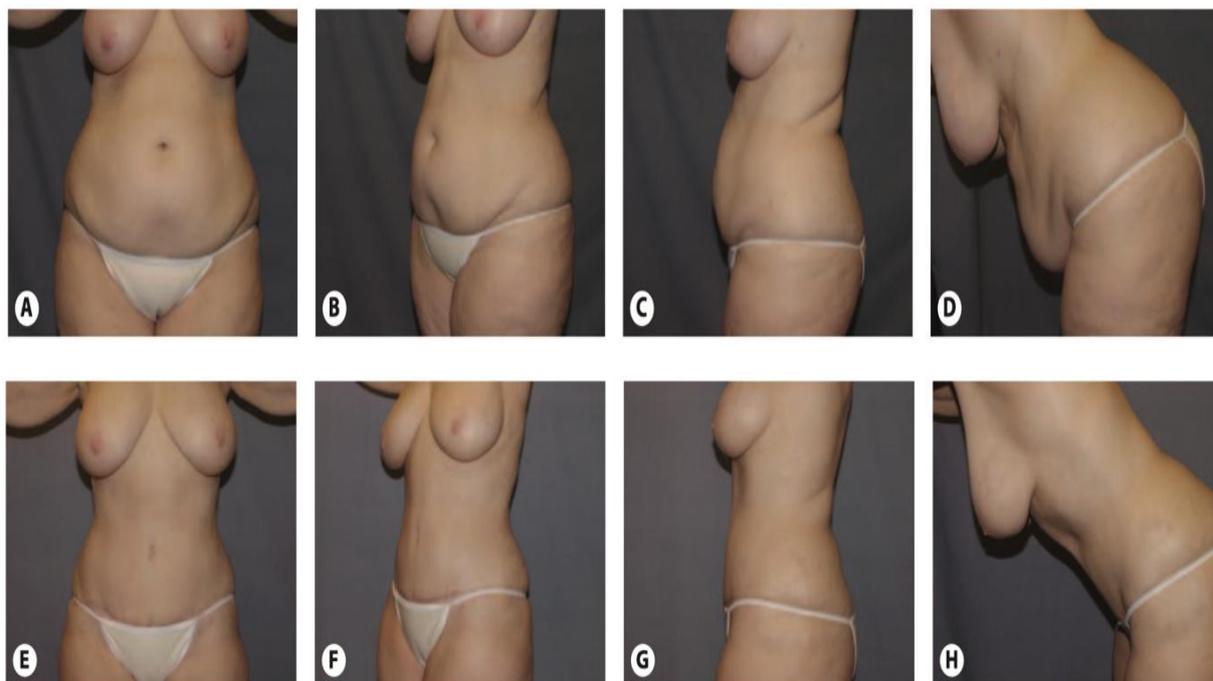


Рисунок 14 – А-Д до операции; Е-Н после операции

Женщина, 34 года. 3 беременности. Предоперационно имеется диастаз прямых мышц живота более 7 см, выраженная слабость передней брюшной стенки. Также имеется выраженный птоз кожного компонента живота с низким качеством кожи. Выполнена классическая абдоминопластика с миофасциальной пликацией (Рисунок 15, 16, 17).



Рисунок 15 – Вид анфас. Слева до операции, справа после операции



Рисунок 16 – Профиль. Слева до операции, справа после операции



Рисунок 17 – Профиль в наклоне. Слева до операции, справа после операции

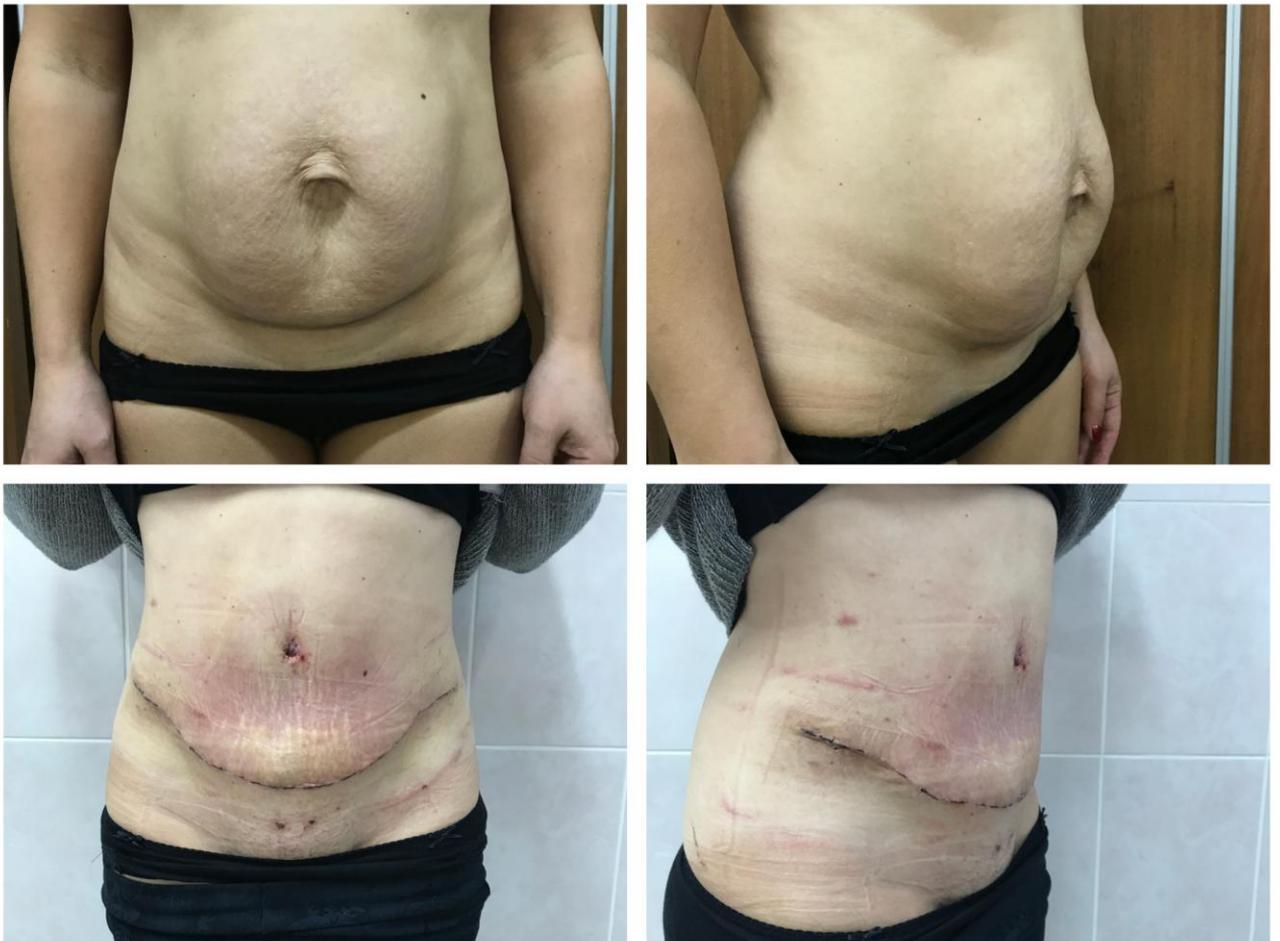


Рисунок 18 – Фото до и через 1 месяц после классической абдоминопластики. Верхний ряд фотографий – до операции, нижний ряд фотографий – после операции



Рисунок 19 – Фото до и через 3 месяца после классической абдоминопластики. Верхний ряд фотографий – до операции, нижний ряд фотографий – после операции

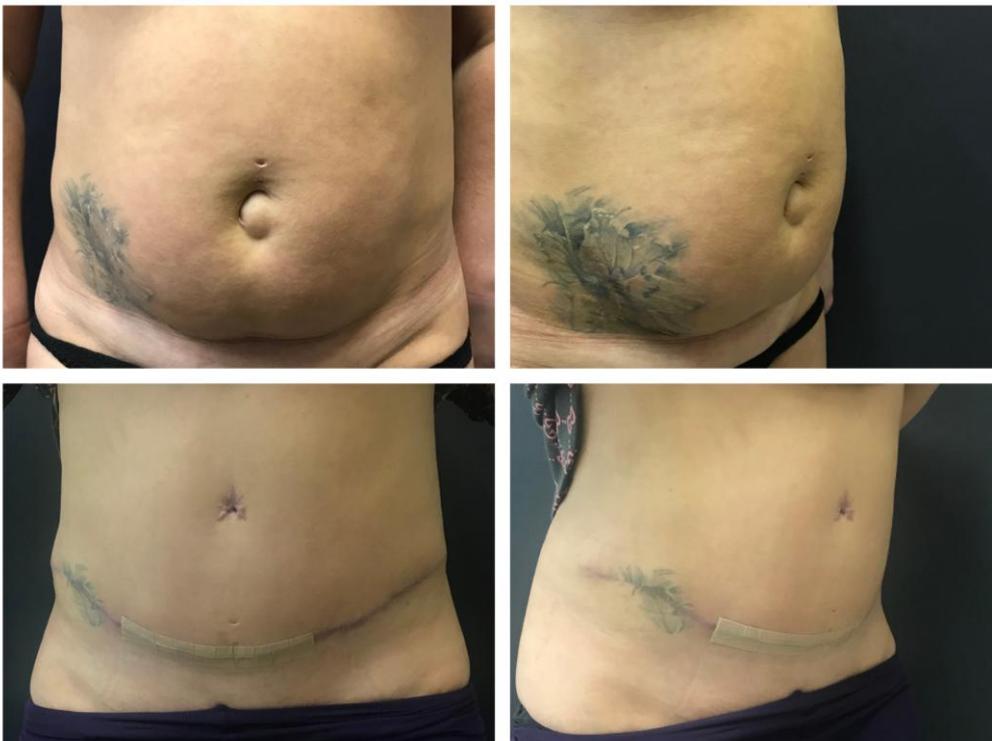


Рисунок 20 – Фото до и через 2 месяца после классической абдоминопластики. Верхний ряд фотографий – до операции, нижний ряд фотографий – после операции

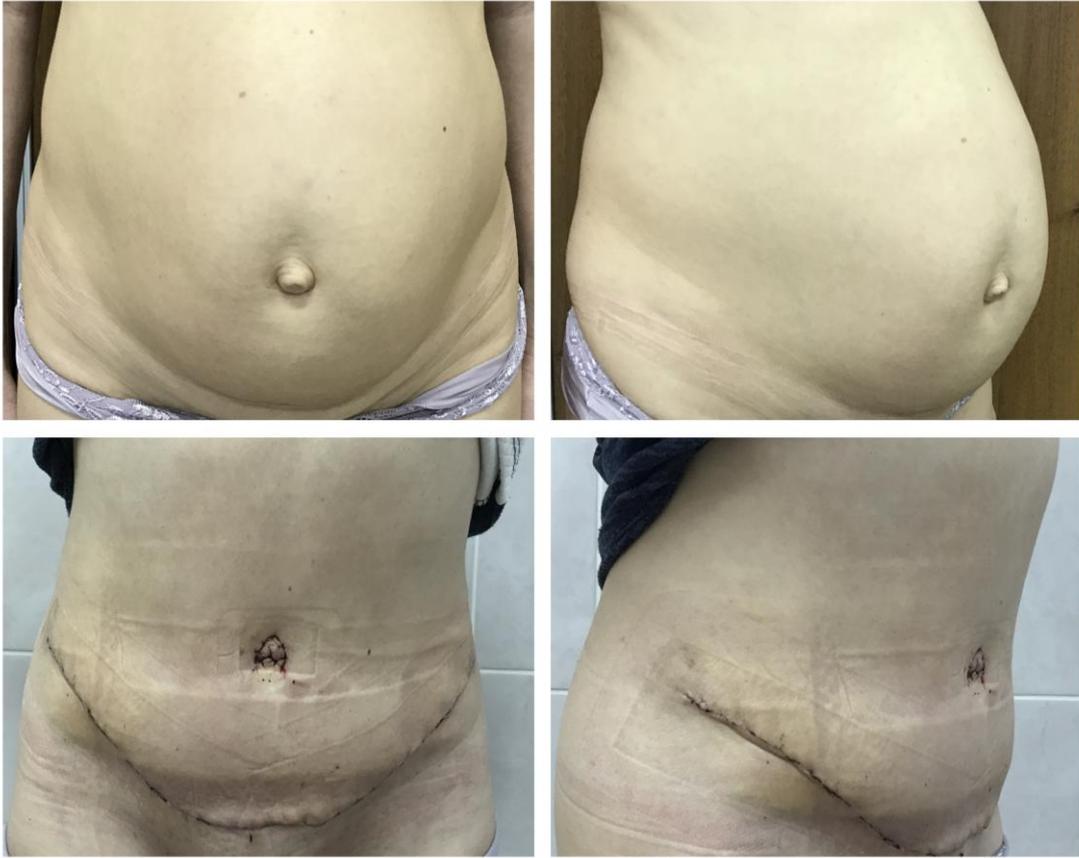


Рисунок 21 – Фото до и через 1 месяц после классической абдоминопластики. Верхний ряд фотографий – до операции, нижний ряд фотографий – после операции

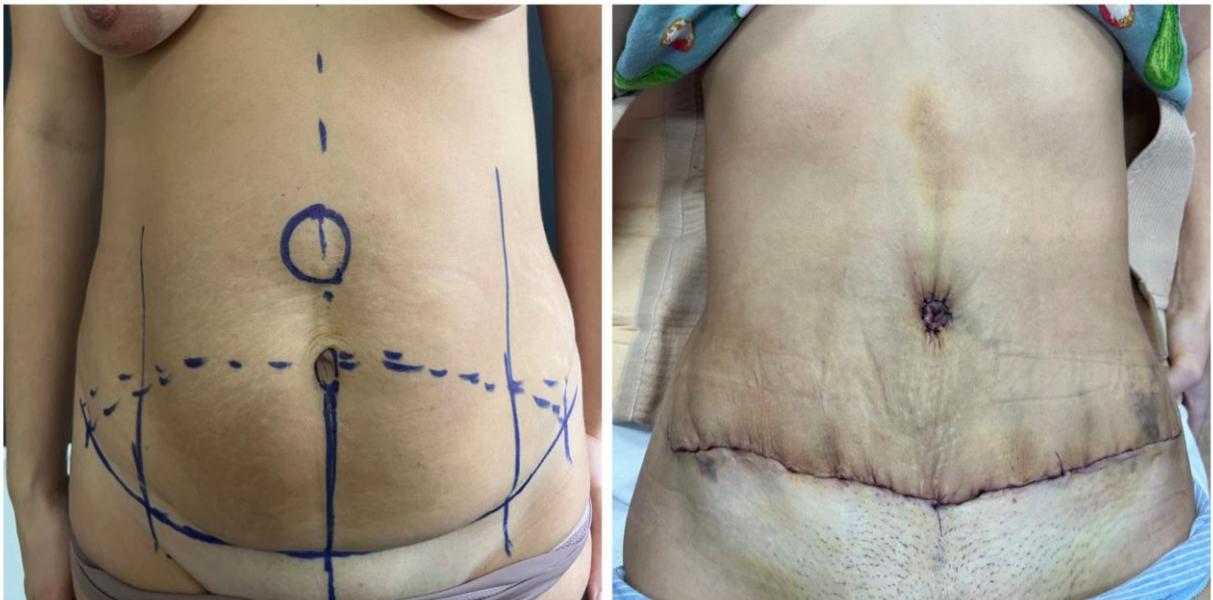


Рисунок 22 – Фото до и через 2 дня после классической абдоминопластики. Слева – до операции, справа – после операции



Рисунок 23 – Фото до и через 2 дня после классической абдоминопластики. Слева – до операции, справа – после операции

### ОСЛОЖНЕНИЯ АБДОМИНОПЛАСТИКИ

В раннем послеоперационном периоде проблемой остается наличие болевого синдрома, проявления которого находятся в прямой корреляции с количеством жировой ткани в организме: чем ее больше, тем интенсивнее боль. Кроме того, боль со временем может приобрести хронический характер. Установлено, что уровень противовоспалительных цитокинов в крови у женщин с ожирением III степени порой превышает норму более чем в 2 раза и остается высоким на протяжении недели после проведенной абдоминопластики. Это указывает на воспалительный характер индукции боли у таких женщин. В то же время пациентки, имеющие нормальную массу тела, не оценивают болевой синдром как ярко выраженный, а уровень цитокинов в их крови превышен незначительно и приходит в норму в первые дни после операции.

Абдоминопластика, как и любое другое хирургическое вмешательство, не застрахована от развития осложнений. Это могут быть серомы, гематомы, несостоятельность шва и увеличение времени его заживления, а также инфекционные осложнения. Развитие послеоперационных осложнений абдоминопластики находится в сфере пристального внимания не только врачей-хирургов, но и патофизиологов. Чаще всего сравниваются две группы пациентов, которым была выполнена данная операция, – группа лиц с нормальной массой тела и группа пациентов, страдающих ожирением, поскольку именно ожирение рассматривается как дополнительный фактор развития осложнений. При ожирении экспрессия хемокинов повышена, что ассоциируется с увеличенным притоком нейтрофилов в жировую ткань, что, в свою очередь, может провоцировать усиление лейкоцитарной инфильтрации операционного шва и повышать риск осложнений, связанных активностью

протеолитических ферментов нейтрофилов. Доказано, что экспрессия хемокинов, ассоциированных с моноцитами/макрофагами, в клетках подкожной жировой ткани находится в прямой корреляционной зависимости с количеством жира в организме и частотой развития осложнений после абдоминопластики. Следует также отметить, что количество жировой ткани в организме перед проведением абдоминопластики и после нее рекомендуется определять методом биоимпедансного анализа, так как последний является неинвазивным, точным и доступным. Осложнение в виде увеличения сроков заживления операционной раны после проведенной абдоминопластики связывают с активностью свободных радикалов в коже, а именно супероксидного аниона, продукция которого осуществляется нейтрофилами. У людей, страдающих ожирением, уровень данного иона в образцах кожи в несколько раз выше, чем у лиц с нормальной массой тела.

Наиболее частым осложнением после проведенных пластических операций многие исследователи называют развитие серомы. Серома представляет собой ограниченное аномальное скопление серозной жидкости, значительное количество которой может привести к отслаиванию кожных лоскутов с нарушением кровоснабжения тканей. В область поврежденных клеток жировой ткани мигрируют макрофаги, которые являются источниками хемокина CCL2, поддерживающего экссудативное воспаление. Существующие на сегодняшний день подходы к профилактике ранних послеоперационных осложнений позволили добиться минимальной частоты возникновения сером, не превышающей 3–5%. Для профилактики развития послеоперационных осложнений, в том числе сером, считается целесообразным применение биологического клея на основе биополимера фибрина в наиболее распространенных эстетических операциях, в числе которых значится и абдоминопластика. В последние годы все чаще предлагается рассматривать абдоминопластику с позиций мультидисциплинарности, что предполагает проведение симультанных операций различной направленности. Особенно это актуально для пациентов с морбидным ожирением. Наиболее часто ожирению сопутствуют вентральные грыжи и желчнокаменная болезнь. Согласно клиническим наблюдениям, при ожирении сочетание вентральной грыжи и кожно-жирового птоза является серьезным не только эстетическим, но и функциональным дефектом, вызывающим снижение двигательной активности, нарушение функций внутренних органов и отрицательно влияющим на психоэмоциональное состояние. В таких случаях оптимальным считается совмещение операции герниопластики с реконструктивными вмешательствами на передней брюшной стенке. Проблема абдоминоптоза и вентральных грыж связана с дисплазией соединительной ткани, в основе которой лежит генетически детерминированная низкая активность рибосомальных генов, приводящая

к диссоциации коллагенов I–III типов в соединительной ткани. Кроме того, возможно развитие синдрома анатомо-функциональной недостаточности, сочетающей абдоминоптоз, вентральную грыжу и пролапс уrogenитального отдела промежности, сопровождающейся стрессовым недержанием мочи. Такой синдром успешно лечится симультанно. Хирургическое вмешательство при этом включает эндопротезирование грыжевого дефекта, абдоминопластику и лифтинг уrogenитального отдела промежности.

## **ВЫВОДЫ**

1. Выбор конкретного способа оперативного лечения зависит от типа деформации живота.
2. Тщательное соблюдение этапов выполнения операции является залогом отличного эстетического результата.
3. Профилактика осложнений выполняется как на предоперационном этапе, так и в ходе оперативного вмешательства.

## СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кец, Б. И. Коррекция контуров тела (с DVD). / Б. И. Кец, Н.С. Сейдик / Пер. с англ. под общей ред. В.А. Виссарионова. Серия «Эстетическая медицина». – М.: Рид Элсивер, 2011.
2. Курс пластической хирургии : руководство для врачей // под редакцией К. П. Пшениснова. – Ярославль, Рыбинск : Рыбинский дом печати, 2010 – Т.1. – 754 с.; Т.2. – 665 с.
3. Эйзенманн-Кляйн, М. Пластическая и эстетическая хирургия : пер. с англ. / Эйзенманн-Кляйн, М., Нейхан-Лоренц, К.; под ред. А.М. Боровикова. – М. : Прак. медицина, 2011. – 448 с.
4. Dillerud, E. Abdominoplasty combined with suction lipoplasty: A study of complications, revisions, and risk factors in 487 cases / E. Dillerud // Ann Plast Surg. – 1990, № 25. – p. 333-338. - doi: 10.1097/00000637-199011000-00001.
5. El-Khatib, HA Abdominal dermolipectomy in an abdomen with pre-existing scars: a different concept / H.A. El-Khatib, A. Bener // Plast Reconstruct Surg. – 2004, № 114. – p. 992-997. - DOI: 10.1097/01.prs.0000133201.07767.5e.
6. Grazer, F.M. Abdominoplasty / F. M. Grazer // Plast Reconstruct Surg. – 1973, № 51. – p. 617-623. - DOI: 10.1097/00006534-197306000-00001.
7. Hafezi, F. Safe abdominoplasty with extensive liposuctioning / F. Hafezi, A. Nouhi // Ann Plast Surg. – 2006, № 57. – p. 149-153. - DOI: 10.1097/01.sap.0000215246.49308.17.
8. Abdominoplasty combined with other surgical procedures: Safe or sorry? / RT Jr. Hester [et al.] // Plast Reconstruct Surg. – 1989, № 83. – p. 997-1004. - DOI: 10.1097/00006534-198906000-00012.
9. Hunstad, JP. Advanced concepts in abdominoplasty / J. P. Hunstad // Perspect Plast Surg. – 1998, № 12. – p. 13.
10. Hunstad, JP. Body contouring in the obese patient / J. P. Hunstad // Clin Plast Surg. – 1996, № 23. – p. 647-670.
11. Lee, M. J. A simplified version to achieve aesthetic results for the umbilicus in abdominoplasty / M. J. Lee, T. A. Mustoe // Plast Reconstruct Surg. – 2002, № 109. – p. 21-36.
12. Lockwood, TE. High-lateral-tension abdominoplasty with superficial fascial system suspension / T E. Lockwood // Plast Reconstruct Surg. – 1995, № 96. – p. 603-615. - DOI: 10.1097/00006534-199509000-00012.
13. Matarasso, A. Abdominoplasty: A system of classification and treatment for combined abdominoplasty and suction-assisted lipectomy / A. Matarasso // Aesthet Plast Surg. – 1991, № 15. – p. 111–121. - DOI: 10.1007/BF02273843.

14. Matarasso, A. Awareness and avoidance of abdominoplasty complications / A. Matarasso // *Aesthet Surg J.* – 1997, № 17. – p. 256-261. - doi.org/10.1016/S1090-820X(97)80008-8.
15. Matarasso, A. The male abdominoplasty / A. Matarasso // *Clin Plast Surg.* – 2004, № 31. – p. 555-569. - DOI: 10.1016/j.cps.2004.03.013.
16. Musculoaponeurotic plication in abdominoplasty: How durable are its effects? / D. T. Netscher [et al.] // *Aesthet Plast Surg.* - 1995, № 19. – p. 531-534. - DOI: 10.1007/BF00454317.
17. Spiegelman, J. I. Abdominoplasty: a comparison of outpatient and inpatient procedures shows that it is a safe and effective procedure for outpatients in an office-based surgery clinic / J. I. Spiegelman, R. H. Levine // *Plast Reconstruct Surg.* – 2006, № 118. – p. 517-522. - doi: 10.1097/01.prs.0000227630.88566.74.

Учебное издание

**Подгайский** Владимир Николаевич  
**Мечковский** Сергей Юльянович  
**Басалай** Вячеслав Михайлович

## **АБДОМИНОПЛАСТИКА**

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции

Подписано в печать 30.12.2022. Формат 60x84/16. Бумага «Снегурочка».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 1,5. Уч.- изд. л. 2,07. Тираж 120 экз. Заказ 65.

Издатель и полиграфическое исполнение –  
государственное учреждение образования «Белорусская медицинская  
академия последипломного образования».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,  
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,  
распространителя печатных изданий № 3/1275 от 23.05.2016.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, корп.3.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ  
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра пластической хирургии и комбустиологии

**В.Н. Подгайский, С.Ю. Мечковский, В.М. Басалай**

# **АБДОМИНОПЛАСТИКА**

Минск, БелМАПО  
2023

ISBN 978-985-584-835-7



9 789855 848357

