

ОСОБЕННОСТИ АБДОМИНОПЛАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Стебунов С. С., Богушевич О. С., Руммо О. О.

ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», г. Минск, Республика Беларусь

Введение. На фоне эпидемии ожирения бариатрические операции занимают все более прочное место в арсенале большинства хирургических клиник. Однако при быстром и значительном похудении у большинства пациентов возникают не менее важные проблемы, чем лишний вес. Это проблема снижения тургора кожи и ее обвисание, особенно в области передней брюшной стенки. В первую очередь это касается случаев быстрой и массивной потери веса, а также у лиц преклонного возраста со сниженным тургором. Методы постбариатрической пластической хирургии являются логическим продолжением реабилитации пациентов после бариатрических вмешательств. Они улучшают качество жизни и социальную адаптацию пациентов.

Цель: изучить результаты выполнения абдоминопластики у бариатрических пациентов и выявить основные особенности ее проведения.

Материал и методы. Мы имеем опыт выполнения более 350 различных бариатрических операций и процедур: постановка внутрижелудочного баллона, регулируемое бандажирование желудка, гастропликация, рукавная резекция желудка, классическое шунтирование желудка, минигастрошунтирование с одним анастомозом, илеошунтирование. По нашей практике, от 30 до 50% пациентов обращаются к пластическому хирургу в разные сроки после бариатрических операций. Всего в клинике было выполнено 136 пластических вмешательств у 92 пациентов после бариатрических операций. Из общего числа пластических вмешательств абдоминопластика была выполнена у 53 пациентов (15% всех пациентов и 68% всех пластических операций).

Результаты и обсуждение. Одной из особенностей проведения абдоминопластики у лиц после бариатрических

операций является необходимость удаления не столько жира, сколько излишка кожи (птоза). Поэтому липосакция как этап выполняется у данной категории пациентов реже. Вторая особенность – выбор времени пластических процедур. Если пациент не стабилизировал свой вес в течение 6 месяцев до пластической операции, последняя, по всей видимости, нецелесообразна. Абдоминопластику необходимо выполнять только после полной остановки потери веса. Причиной правильного выбора времени операции является необходимость достижения метаболического и пищевого гомеостаза, а также снижение риска вмешательства и необоснованных операций. Кроме того, абдоминопластика при идеальном весе будет иметь максимальный эстетический эффект. Важно отметить, что у пациентов после бариатрических вмешательств часто на фоне метаболического синдрома бывает дефицит питания и измененный метаболизм, что, несомненно, увеличивает риск вмешательств и длительность восстановительного периода. Необходимо также отметить важную роль предоперационной подготовки и тщательного обследования пациентов.

Следующая особенность – желание пациентов выполнить одномоментно с абдоминопластикой другие пластические вмешательства. Это также являлось причиной не локальных, а общих изменений тканей после значительной потери веса.

Из 53 пациентов, перенесших абдоминопластику, было 13 мужчин (25%) и 40 женщин (75%). Средний возраст составил 47 лет (от 21 до 68 лет). После бариатрических операций у них прошло от 1 года до 3 лет (в среднем 1.8 года). После этих процедур была зарегистрирована средняя потеря массы 32.8 кг (максимальная – 96 кг и минимальная 7 кг). Длительность абдоминопластики от 4 ч до 1.5 ч (в среднем 2.2 ч). Количество удаляемой ткани составило от 300 г до 9 кг (в среднем 2.5 кг). В большинстве случаев операцию удалось выполнить без вертикального разреза (94%). В остальных случаях был выполнен якорный разрез. Ушивание прямых мышц живота выполнялось как рутинный этап операции. Перемещение пупка было выполнено в 63% случаев. В подавляющем большинстве случаев

нам удалось получить хороший и отличный косметический результат.

Среди осложнений мы наблюдали массивную гематому в области передней брюшной стенки в одном случае, потребовавшую ее ликвидации методом отсасывания через канюлю для липосакции. В 3 случаях имели значительную серому передней брюшной стенки от 150 до 500 мл, требовавших неоднократных пункций (в среднем 5-7 пункций). Еще в 3 случаях имело место вторичное заживление раны на фоне расхождения швов и инфицирования. В этих случаях мы применяли метод облучения эрбиевым лазером для очищения раны с последующим наложением вторичных швов. Общее количество послеоперационных осложнений составило 13%. Все эти осложнения являлись управляемыми. Летальности после абдоминопластики не наблюдалось.

В 18 случаях (34%) абдоминопластика одномоментно выполнялась с другими пластическими операциями и процедурами. Наиболее частыми сочетанными операциями были редукция и эндопротезирование молочных желез, липосакция других зон тела, блефаропластика, пластика лица, нитевая подтяжка лица, коррекция морщин путем введения ботулинтоксинов, пластика бедер.

Выводы. Таким образом, несмотря на повышенное количество послеоперационных осложнений, абдоминопластика у лиц после бариатрических операций является методом дальнейшей хирургической реабилитации с целью коррекции контуров тела.

Учитывая специфику бариатрических пациентов, необходимо тщательно подходить к их обследованию, а также выбору сроков оперативного вмешательства.

Абдоминопластику у бариатрических пациентов можно успешно сочетать с другими пластическими и эстетическими вмешательствами.