

«Абдоминопластика в сочетании с холецистэктомией»

Панов В.В.

Общество с ограниченной ответственностью «Центр эстетической медицины и хирургии» (Клиника доктора Панова), Новосибирск, Россия;
panovclinic@mail.ru

В далёком 1995 году, когда пластических хирургов Новосибирска можно было пересчитать по пальцам одной руки, наблюдался бурный взлет эстетических операций в городе. К тому времени был приобретен уже достаточный опыт, на основе которого мы совершали открытия и внедряли новые технологии. Пластическая хирургия неразрывно связана с общей, и встречались пациенты с сочетанной патологией, требующие глубоких познаний в разных областях медицины для более эффективного лечения и сокращения сроков реабилитации. Когда ко мне обратилась пациентка 45 лет для проведения абдоминопластики, у женщины было выявлено наличие конкрементов в желчном пузыре. В анамнезе – печеночная колика. Ожирение 2 степени, в те времена у нас еще не было сведений о возможности сочетания абдоминопластики с холецистэктомией. Как поступить в данной ситуации? Какова должна быть этапность вмешательств? Я обратился за советом к профессору Борису Семеновичу Добрякову – выдающемуся практику в хирургии, учителю и человеку. Он сказал мне: «Владимир Вячеславович, вы же в первую очередь общий хирург. Делайте одновременно две операции. Так будет лучше для пациента. Доступ при абдоминопластике позволяет выделить желчный пузырь. К тому же, пациентке требуется пластика апоневроза передней брюшной стенки, что в любом случае потребует вскрытия брюшной полости. Если мы сейчас не удалим желчный пузырь, в последующем может возникнуть опасность экстренной холецистэктомии, которая будет сопряжена с техническими сложностями вследствие фиброза передней брюшной стенки после абдоминопластики. Проведение холецистэктомии до пластической операции также усложнит ситуацию из-за больших избытков подкожно-жировой клетчатки и неизбежностью дополнительных рубцов». Он был прав, и я выполнил сочетанную операцию, получив отличный результат. Впоследствии я встречал сообщения о подобном опыте [1]. Техника операции: под интубационным наркозом по предварительной разметке выполнялся разрез кожи в гипогастрии, кожно-подкожный лоскут отсепаровывался до реберной дуги. Затем выполнялся разрез апоневроза по средней линии, из этого доступа осуществлялась

холецистэктомия. Выполнялась пластика апоневроза. Далее иссекались избытки кожи, рана ушивалась с репозицией пупка.

Риски этой операции связаны, главным образом с увеличением продолжительности хирургического вмешательства, возможностью попадания крови и мелких фрагментов подкожного жира в брюшную полость. Залогом успеха является тщательный гемостаз, чёткость и быстрота проведения сочетанной операции.

В моей практике было семь случаев подобных операций.

При подборе пациенток внимание уделялось фоновой патологии, если имели место только печеночные колики, снимающиеся спазмолитиками, а не острые приступы холецистита, или явлений панкреатита, тем более механической желтухи и тому подобного, во избежание большого спаечного процесса в подпечёночном пространстве и увеличения времени и объема оперативного пособия. Хотя условия для этого были подготовлены, и для интраоперационной холеграфии и для перехода на билиодигестивную операцию.

Кожно-жировой «фартук» был не гигантский и вес каждой пациентки не превышал сто двадцать килограмм. Отсутствие курения в анамнезе.

Подготовка к операции проводилась так же как при грыжах передней брюшной стенки. Компрессионное белье, ношение которого требовалось около 2-х недель, иногда с подкладыванием различных простыней и надувных камер, для уменьшения объема брюшной полости и адаптации подвижности диафрагмы.

Холецистэктомия выполнялась посредством верхней срединной лапаротомии. У нас имелись необходимые ранорасширители. Ревизия брюшной полости проводилась тщательно. Всего лишь однажды была обнаружена миома матки. Иссечение кожно-фасциального фартука в основном проводилось до лапаротомии, для более комфортного проведения операции.

Были небольшие особенности и самой техники проведения операции. Если при обычной абдоминопластике предворяли операцию липосакцией при мобилизации фартука, мы старались сохранить как можно больше трабекул от кожного фартука к сухожильной части передней брюшной стенки, памятуя о их сосудах, проходящих в этих соединительнотканых образованиях, то при сочетанных операциях мобилизация проводилась более

обширно в проксимальных и латеральных направлениях. До уровня нижней трети грудины, но в тоже время бережно относились к ветвям поверхностной надчревной артерии (a. superficialis epigastrica) и ветвям поверхностной огибающей подвздошной артерии (superficial iliac circumflex artery).

Диастаз прямых мышц живота я устранял при помощи п-образных швов с дубликатурой, различные сетки не использовал. Формирование нового пупка проводилось методом «треугольника», таким образом удавалось избежать возникновение различных стриктур, уменьшающих площадь поверхности пупка, которые появляются после окаймляющей пластики.

Фиксировал оставшийся кожно - жировой лоскут к сухожильной части стенки при помощи частых швов, через 4-5 см» квадратно-гнездовым «методом, чтобы избежать полостей, которые являются источником сером и нагноений.

Не буду утомлять коллег хирургическими особенностями. Их довольно много. Главное – избегать натяжения лоскута, образования полостей, бережное отношение к ветвям питающих сосудов.

Дренирование подпеченочного пространства не проводилось ни разу. Обычно в периоде послеоперационного периода обязательно ношение компрессионного белья, применение препаратов улучшающих реологию тканей. Эти операции проводились на базе третьей больницы Советского района. В то время там было отделение гипербарической оксигенации (барокамера), по возможности она тоже применялась.

Благодаря «божей помощи» все операции прошли без осложнений.