

DOI 10.31718/2077-1096.19.2. 63

УДК 616 – 007.48 – 089.161.1

Салімов Г.Р., Лисенко Р.Б.

АБДОМІНОПЛАСТИКА ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ СКЛАДНИМИ ДЕФЕКТАМИ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Пацієнти зі складними дефектами черевної стінки зазвичай мають деформацію живота, яка може зберігатися й після операції, та потребують вирішення цілого комплексу проблем. Досить часто дефекти черевної стінки поєднуються з різноманітними естетичними деформаціями, що пов'язані з патологічними післяопераційними рубцями, трофічними виразками, норицями, стомами. Хоча відновлення або покращення функціональних можливостей черевної стінки є основною метою алопластики при складних дефектах черевної стінки, особливу увагу заслуговують й косметичні аспекти операції, що часто більш важливі для пацієнтів. Від вибору оптимального оперативного доступу значною мірою залежить успіх операції, але більшість хірургів не приділяють йому особливої уваги та переважно використовують обрамляючі розрізи над дефектом або випинанням. До цього часу такі величини, як вид, величина розрізу, глибина, межі відшарування клаптів залишаються емпіричними й часто призводять до додаткової деформації зони операції та розвитку ускладнень. Абдомінопластика - одна з найбільш суперечливих операцій в естетичній та пластичній хірургії, при якій ускладнення досягають 27,5-30,8 %. Поняття «абдомінопластика» передбачає методи оперативної корекції деформацій черевної стінки у вигляді надлишків шкіри і підшкірно-жирової клітковини, патологічних післяопераційних рубців, а також дефектів м'язово-апоневротического шару в даній області. Відомо декілька способів абдомінопластики. Мета роботи - визначення ефективності виконання абдомінопластики при хірургічному лікуванні складних дефектів черевної стінки. Матеріали і методи. У хірургічній клініці 1-ї міської лікарні м. Полтави за останні 10 років прооперовано 360 хворих із складними дефектами черевної порожнини. Різного роду деформацію черевної стінки виявлено у 289 пацієнтів (80,3%). Локалізація дефекту: М – 306 (85%), L – 31 (8,6%), ML – 23 (6,4%). Розміри дефекту: W_1 – 103 (28,6%), W_2 – 188 (52,2%), W_3 – 69 (19,2%). Супутній діагноз прямих м'язів живота 1 ст був виявлений у 179 пацієнтів (49,7%), 2 ст – у 114 (31,7%), 3 – у 17 (4,7%). Поєднані хірургічні захворювання виявлені у 332 хворих (92,2%), у 18,1% із них – інтраабдомінальна патологія. Результати та обговорення. Види виконаних дерматоліпектомій: поздовжня – 77 (28,1%), за Бебкоком – 114 (41,6%), за Келлі – 6 (2,2%), за Фернандесом – 63 (22,9%), модифікована Фернандес – 7 (2,5%), за Берсоном – 3 (1,1%), за Торексом – 2 (0,8%), за Гразером – 2 (0,8%). Види алопластики: «onlay» - 3 (0,8%), «sublay» - 289 (80,3%), «sublay-inlay» - 38 (10,6%), «inlay» - 3 (0,8%), Ramirez – 4 (1,1%), інтраабдомінальна - 2 (0,6%), комбінована – 21 (5,8%). Висновки. Термін абдомінопластика має більш широке значення, ніж вважається. Диференційована хірургічна тактика покращує результати лікування пацієнтів із складними дефектами черевної порожнини.

Ключові слова: абдомінопластика, черевна стінка, дефекти.

Вступ

Пацієнти зі складними дефектами черевної стінки (СДЧС) зазвичай мають деформацію живота, яка може зберігатися й після операції, та потребують вирішення цілого комплексу проблем. Досить часто дефекти черевної стінки (ЧС) поєднуються з різноманітними естетичними деформаціями, що пов'язані з патологічними післяопераційними рубцями, трофічними виразками, норицями, стомами. У цих хворих із надмірною вагою часто відкладання жирової клітковини у нижній частині ЧС призводить до формування шкірно-жирового "фартуха", так званого "відвислого живота".

Хоча відновлення або покращення функціональних можливостей ЧС є основною метою алопластики при СДЧС, особливу увагу заслуговують й косметичні аспекти операції, що часто більш важливі для пацієнтів. Характерне для нашого часу підвищення естетичних запитів населення зумовлює бажання пацієнтів виглядати привабливо, мати підтягнуту фігуру, природні контури і форму тіла [1, 2, 3, 4, 5]. Тому

хірургія СДЧС повинна прагнути вирішувати задачу не тільки медичного, але й естетичного плану.

На нашу думку, від вибору оптимального оперативного доступу значною мірою залежить успіх операції, але більшість хірургів не приділяють йому особливої уваги та переважно використовують обрамляючі розрізи над дефектом або випинанням. До цього часу такі величини, як вид, величина розрізу, глибина, межі відшарування клаптів залишаються емпіричними й часто призводять до додаткової деформації зони операції та розвитку ускладнень.

Абдомінопластика - одна з найбільш суперечливих операцій в естетичній та пластичній хірургії, при якій ускладнення досягають 27,5-30,8 % [2, 4, 5, 6, 7, 8]. Поняття «абдомінопластика» передбачає методи оперативної корекції деформацій ЧС у вигляді надлишків шкіри і підшкірно-жирової клітковини, патологічних післяопераційних рубців, а також дефектів м'язово-апоневротического шару в даній області. Відомо декілька способів абдомінопластики [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8].

Досить часто СДЧС, окрім косметичних деформацій, множинних деформуючих патологічних післяопераційних рубців, поєднуються з іншими дефектами ЧС, хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини, які потребують виконання симультанних операцій. Тому хірургічна бригада повинна володіти достатнім досвідом порожнистої хірургії, а сама операційна оснащена всім необхідним для проведення лапаротомії і втручання на органах черевної порожнини, а виконання повноцінної абдомінопластики необхідно проводити в умовах загальнохірургічних стаціонарів багатопрофільних лікарень [2, 7, 8].

Актуальність проблеми підкреслюється зростанням числа пацієнтів, що потребують виконання не тільки абдомінопластики з суто естетичних міркувань, а й реконструкції ЧС із приводу її дефектів, лікування супутніх хірургічних захворювань, у тому числі з боку черевної порожнини [5, 8].

Мета дослідження

Визначення ефективності виконання модифікованої абдомінопластики при хірургічному лікуванні складних дефектів черевної стінки.

Матеріал та методи дослідження

У хірургічній клініці 1-ї МКЛ м. Полтави за останні 10 років прооперовано 360 хворих із СДЧС. Жінок – 309 (85,8%), чоловіків – 51 (14,2%). Середній вік – 61 роки. Тривалість захворювання була від 2 міс до 47 років, у середньому 6,5 років.

Серединна локалізація дефекту ЧС (M) спостерігалася у 306 хворих (85%), бічні дефекти (L) – у 31 хворих (8,6%), із них у 17 – L₃, комбінован (ML) – у 23 (6,4%). Дефекти M₁₋₃ виявлені у 96 (31,4%) хворих, у 82 (26,8%) – M_{3,4}, M₄₋₅ – у 73 (23,8%). У 55 пацієнтів (18,0%) СДЧС був розповсюдженим – M₁₋₅. У 57 хворих (15,8%) виявлено 2 та більше дефектів ЧС. За розміром основного дефекту були поділені таким чином: W₁ – 103 (28,6%), W₂ – 188 (52,2%), W₃ – 69 випадки (19,2%). Супутній діастаз прямих м'язів живота був виявлений у 179 пацієнтів (49,7): 1 ст – у 88, 2 ст – у 74, 3 ст – у 17.

Супутні захворювання спостерігалися у 258 хворих (71,7%) – переважали хвороби серця, діабет, захворювання дихальних шляхів. Маса тіла складала від 79 до 165 кг, у середньому – 120 кг; індекс маси тіла від 30,5 до 52,7 кг/м², у середньому – 38,6. Ожиріння діагностовано у 158 (43,9%) пацієнтів: 1 ст. – у 23 (14,5%), 2 ст. – у 38 (24,1%), 3 ст. – у 51 (32,3%), суперожиріння – у 46 (29,1%). У 332 хворих (92,2%) із СДЧС виявлена супутня патологія, що потребувала поєданого хірургічного лікування. У 18,1% із них були інтраабдомінальні захворювання, серед яких найчастішою патологією була жовчокам'яна хвороба (5,7%). Різного роду деформацію ЧС, що потребувала хірургічної корекції, виявлено у 267 пацієнтів (74,2%).

Результати та обговорення

Наявність поєднаної патології, що вимагає хірургічного лікування, ми вважаємо показом до виконання симультанних операцій у хворих із СДЧС. У пацієнтів із СДЧС, у яких хірургічне втручання включало: 1) дерматоліпектомію; 2) герніотомію, або герніолапаротомію з можливою корекцією інтраабдомінальної патології (за показами); 3) алопластику ЧС, ми називали модифікованою абдомінопластиком. Дана операція була застосована у 274 пацієнтів (76,1%) із СДЧС.

Вибір виду дерматоліпектомії був пов'язаний з анатомічними особливостями локалізації та розповсюдженості дефекту ЧС, виразністю підшкірної жирової клітковини, наявністю шкірно-жирового фартуха, післяопераційних рубців, трофічних виразок, нориць та їх розташування, віку пацієнта, його естетичних запитів, а також локалізацією супутнього захворювання. Розрізи повинні гарантувати доступність закриття дефекту, можливість вибору способу алопластики ЧС, неускладненого загоєння рани та формування естетичного рубця. У зону дерматоліпектомії, за можливістю, намагалися включити всі наявні післяопераційні рубці ЧС.

При дефектах серединної локалізації ЧС (M₂-M₄) і незначними змінами шкіри над ними найбільш часто застосовували поздовжній розріз із дерматоліпектомією у зоні алопластики.

При серединній локалізації дефекту ЧС (M₁-M₅) та рубцевих змінах шкіри над ним, що поєднувався з надлишком підшкірно-жирової клітковини в мезогастральній та гіпогастральній ділянках живота, виконували дерматоліпектомію за Беккоком, широко висікаючи шкірно-підшкірний клапоть у повздовжньому напрямку від грудини до лобка.

У 3 молодих пацієток (0,8%), коли існуючий пупок був залучений у патологічний процес, косметично деформований і підлягав видаленню з шкірно-підшкірним клаптом, при ушиванні операційної рани, нами застосовано формування нової пупкової ямки шляхом створення втягнення, що імітує пупок.

При поєднанні дефектів серединної локалізації (M₁-M₃) із дефектами верхньо-бокових відділів ЧС (L₁), першим етапом виконували поздовжню дерматоліпектомію, надалі її доповнювали клиноподібним висіченням тканин із боку дефекту, видаляючи витончену шкіру та підшкірну клітковину над випинанням.

При середньо-серединних локалізації дефекту (M₂-M₄), змінений шкірі над ним та ожирінні без ознак відвисання живота, застосовували еліпсоподібну дерматоліпектомію в мезогастральній ділянці в поперечному напрямку за Келлі.

При розташуванні дефекту в гіпогастральній, надлобковій ділянці (M₄-M₅), або в нижньо-бокових відділах живота (L₃), надмірній підшкірно-жировій клітковині там же ж, застосо-

ували нижній горизонтальний розріз за Тореком, в модифікації. Лінію розтину проводили горизонтально на межі волосистої частини лобка, надалі мобілізували верхній шкірно-жировий клапоть до рівня пупка з наступним висіченням надлишку тканин. Після алопластики ЧС ушивали рану із формуванням поперечного рубця (так звана лінія бікіні). За необхідності доповнювали його V-подібним розрізом довжиною 4-7 см у верхній частині по серединній лінії, видаляючи змінений пупок.

Деякі молоді пацієнти важливим естетичним фактором операції вважали збереження пупка. У зв'язку з цим у 4 хворих (1,1%) модифіковану абдомінопластику виконано зі збереженням пупка. Для цього обрамляючим пупок розрізом останній висікали й залишали на сполучно-тканинній судинній ніжці, яку з мінімальною травматизацією мобілізували до апоневрозу. Потім переміщували пупок на нове місце. Розміри та форму майбутнього пупка, як правило, обговорювали з пацієнтом до операції.

У хворих із абдомінальним типом ожиріння, виразною нижньою жировою складкою живота, локалізацією дефекту M₁-M₅ та L₃ використовували «якореподібне» висічення надлишку перерозтягнутої шкіри, підшкірної клітковини та жирового «вісячого фартуха» живота з видаленням старого післяопераційного рубця у мезо- та гіпогастрій, що у нашій клініці називали методикою Фернандеса. При зшиванні рани після цього розрізу утворювався T-подібний рубець.

У 3 пацієнтів (0,8%), для повноцінного висічення рубцевозмінених тканин та адаптації країв рани, виконано дерматоліпектомію за Берсоном, що передбачала застосування розрізу за Фернандесом та проведення у кінці операції додаткового V-подібного розрізу над лоном. При зшиванні рани після розрізу за Берсоном утворювався хрестоподібний рубець.

Види дерматоліпектомій, що застосовувалися у хворих із СДЧС: поздовжня – 77 (28,1%), за Бебкоком – 114 (41,6%), за Келлі – 6 (2,2%), за Фернандесом – 63 (22,9%), модифікована Фернандес – 7 (2,5%), за Берсоном – 3 (1,1%), за Тореком – 2 (0,8%), за Гразером – 2 (0,8%).

Симультанні операції при сполученні СДЧС та захворювань органів черевної порожнини виконані у 65 хворих (18,1%). Ми їх поділяли на вимушені та заплановані. Для виконання інтраабдомінального етапу операції, при поєднаній патології ПЧС та органів черевної порожнини, у 62 хворих (17,2%) із серединною локалізацією дефекту нам довелося розширити дефект, тобто провести герніолапаротомію. У 264 пацієнтів (70,1%) під час операції проведено тотальний вісцероліз, а у 15 (4,2%) - частковий. Резекція великого чепця була виконана у 192 хворих (53,3%). Усі симультанні операції виконані за стандартними методиками, специфічних ускладнень не спостерігали.

Після виконання дерматоліпектомії створю-

валися оптимальні умови для повноцінної ревізії всього апоневрозу ЧС, уточнення розмірів дефекту, його розширення. Широка мобілізація тканин дозволяла виявити наявні ділянки «слабкості», дефекти ЧС, що були не розпізнані до операції. У 76 хворих (20,6%) поряд із основним дефектом були виявлені 2 та більше додаткових отворів ЧС. Усі дефекти завжди з'єднували, слабкі місця наближених тканин висікали, формуючи один загальний дефект у поздовжньому напрямку, що за формою відповідав еліпсу. Після етапу обробки країв дефекту виконували алопластику ЧС для його закриття.

Вибір способу алопластики знаходився в прямій залежності від зони розташування дефекту, його розміру, форми, стану тканин ЧС, можливості їх зведення без суттєвого натягу, створення оптимального об'єму черевної порожнини, вірогідності виникнення післяопераційних ускладнень.

Пацієнтам із СДЧС були виконані різні види алопластики: «onlay» - у 3 пацієнтів (0,8%), «sublay» - у 289 (80,3%), «sublay-inlay» - у 38 (10,6%), «inlay» - у 3 (0,8%), модифікації Ramirez – у 4 (1,1%), інтраабдомінальна - у 2 (0,6%), комбінована – у 21 (5,8%).

Середні показники оперативних і технічних деталей були наступними: тривалість операції - 160 хв; довжина дефекту - 23,5 см, його ширина - 11,5 см, площа - 270 см²; площа сітки - 440 см².

Під кінець операції рану завжди дренивали силіконовими дренажами з активним аспіруванням виділень. У післяопераційному періоді значну увагу приділяли профілактиці ускладнень. Дренажі видаляли на 3-4 добу, а шви знімали на 7-14 добу.

Використання розробленої нами методики дозволило досягти не тільки максимального естетичного ефекту, але й значно зменшити кількість післяопераційних ускладнень: серому діагностовано у 11 хворих (4,0%), підшкірний серозний інфільтрат - у 5 (1,8%), нагноєння рани - у 2 (0,7%), абдомінальний компартмент-синдром – у 4 (1,5%), абсцес ЧС – у 1 (0,4%), лігатурну норицю – у 3 (1,1%), рецидив - у 4 (1,5%).

Протягом першого року після операції більшість хворих відмічали зменшення маси тіла до 17% від попередньої, але надалі вони рекомендацій щодо дієти не дотримувались, тому подальшого зменшення маси тіла практично не відмічалось. Усі пацієнти позитивно оцінювали косметичний ефект перенесеної операції.

Таким чином, наявність у пацієнта СДЧС забезпечує унікальний виклик для хірурга. Тому розуміння етіопатогенезу, ретельне періопераційне планування, контролювання факторів ризику, системний комплексний підхід покращує результати лікування цієї категорії хворих.

Висновки

Термін абдоминопластика має більш широке значення, ніж вважається. Хірург, який бажає виконати оперативне втручання з приводу СДЧС повинен володіти і готовий застосувати різні методи лікування, необхідні для досягнення гарного результату, які мають змінюватися залежно від типу дефекту, супутніх захворювань, стану хворого та його вподобань.

Література

1. Valenberg AM. Spravochnik po kosmeticheskoy khirurgii [Handbook of cosmetic surgery]. M.: Kniga, 1986. 254 p. (Russian)
2. Dronov OI, Roshchyna L.O, Fedoruk VI, et al. Abdominoplastyka: istoriya ta evolyutsiya metodiv. KHirurhiya Ukrainy; 2011; 3(39): 78-81. (Ukrainian)
3. Drabovs'kyi VS, Malyk SV, Lysenko RB, et al. Udoskonalennya khirurhichnoho likuvannya kosmetichnykh defektiv peredn'oyi

- cherevnoyi stinky u patsiyentiv iz brakhimorfnyim typtom konstytutsiyi [Improvement of surgical treatment of cosmetic defects of the anterior abdominal wall in patients with brachymorphic type of constitution]. Aktual'ni problemy suchasnoyi medytsyny. 2018; 2 (62): 33–36. (Ukrainian)
4. Pshenishnov KP. Kurs plasticheskoy khirurgii: Rukovodstvo dlya vrachey [Plastic Surgery Course: A Guide for Doctors.]. Yaroslavl'; Rybinsk: Izd-vo «Rybinskiy dom pechati», 2010. V. 2. 665 p. (Russian)
 5. Khrapach VV. Osnovy plasticheskoy i rekonstruktivnoy khirurgii [Basics of plastic and reconstructive surgery]. Kiyev: Askaniya, 2011. 119p. (Russian)
 6. Gliksmann J, Himy S, Ringenbach P, Andreoletti JB. Abdominoplasty: towards a two procedures surgery? Retrospective study of postoperative complications about 100 cases. Ann. Chir. Plast. Esthet. 2006; 2(51): 151-156.
 7. Ramirez OM. Abdominoplasty and abdominal wall rehabilitation: A comprehensive approach. Plast. Reconstr Surg. 2000; 105(1): 425-35.
 8. Wallach SG, Matarasso A. Abdominoplasty: classification and patient selection. Aesthetic surgery of the abdominal wall. Berlin: Springer, 2005. P.70-86.

Реферат

АБДОМИНОПЛАСТИКА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СО СЛОЖНЫМИ ДЕФЕКТАМИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Салимов Г. Р., Лысенко Р. Б.

Ключевые слова: абдоминопластика, брюшная стенка, дефекты.

Пациенты со сложными дефектами брюшной стенки обычно имеют деформацию живота, которая может сохраниться и после операции, и требуют решения целого комплекса проблем. Довольно часто дефекты брюшной стенки сочетаются с разнообразными эстетическими деформациями, которые связаны с патологическими послеоперационными рубцами, трофическими язвами, свищами, стомами. Хотя восстановление или улучшение функциональных возможностей брюшной стенки является основной целью алопластики при сложных дефектах брюшной стенки, особого внимания заслуживают и косметические аспекты операции, часто более важные для пациентов. От выбора оптимального оперативного доступа значительной степени зависит успех операции, но большинство хирургов не уделяют ему особого внимания и преимущественно используют обрамляющие разрезы над дефектом или выпячиванием. К этому времени такие величины, как вид, величина разреза, глубина, границы отслоения лоскутов остаются эмпирическими и часто приводят к дополнительной деформации зоны операции и развития осложнений. Абдоминопластика - одна из наиболее противоречивых операций в эстетической и пластической хирургии, при которой осложнения достигают 27,5-30,8%. Понятие «абдоминопластика» предусматривает методы оперативной коррекции деформаций брюшной стенки в виде излишков кожи и подкожно-жировой клетчатки, патологических послеоперационных рубцов, а также дефектов мышечно-апоневротического слоя в данной области. Известно несколько способов абдоминопластики. Цель работы – определение эффективности использования абдоминопластики при хирургическом лечении сложных дефектов брюшной стенки. Материалы и методы. В хирургической клинике 1-й городской больнице г. Полтавы за последние 10 лет прооперировано 360 больных со сложными дефектами брюшной стенки. Различного рода деформации брюшной стенки обнаружено в 289 пациентов (80,3%). Локализация дефекта: М – 306 (85%), L – 31 (8,6%), ML – 23 (6,4%). Размеры дефекта: W₁ – 103 (28,6%), W₂ – 188 (52,2%), W₃ – 69 (19,2%). Сопутствующий диастаз прямых мышц живота 1 ст был обнаружен у 179 пациентов (49,7%), 2 ст - в 114 (31,7%), 3 - у 17 (4,7%). Сочетанные хирургические заболевания выявлены у 332 больных (92,2%), у 18,1% из них - была интраабдоминальная патология. Результаты и обсуждение. Виды выполненных дерматолипектомий: продольная - 77 (28,1%), по Беккоку – 114 (41,6%), по Келли – 6 (2,2%), по Фернандесу - 63 (22,9%), модифицированная Фернандес – 7 (2,5%), по Берсону – 3 (1,1%), по Тореку – 2 (0,8%), по Гразеру – 2 (0,8%). Виды аллопластики: «onlay» - 3 (0,8%), «sublay» - 289 (80,3%), «sublay-inlay» - 38 (10,6%), «inlay» - 3 (0,8%), Ramirez – 4 (1,1%), интраабдоминальная - 2 (0,6%), комбинированная – 21 (5,8%). Выводы. Термин абдоминопластика имеет более широкое значение, чем считается. Дифференцированная хирургическая тактика улучшает результаты лечения больных со сложными дефектами брюшной стенки.

Summary

ABDOMINOPLASTY IN THE SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH COMPLEX ABDOMINAL WALL DEFECTS

Salimov G. R., Lysenko R.B.

Keywords: abdominoplasty, abdominal wall, defects.

Patients with complex abdominal wall defects usually have deformations of the abdomen, which may remain after the operation, and require the solution of a whole range of problems. Quite often, abdominal wall defects are combined with a variety of aesthetic deformities that are associated with abnormal postoperative scars, trophic ulcers, and fistulas. Though the restoration or improvement of abdominal wall

functionality is the main goal of alloplasty for complex abdominal wall defects, the cosmetic aspects of the operation, sometimes far more important for patients, deserve special attention. The choice of optimal operative access largely depends on lateral surgery, but most surgeons do not pay special attention to it and mainly use framing incisions above the defect or protrusion. By this time, such values as the type, size of the incision, depth, and borders of flaps flaking are reported empirically and often lead to additional deformation of the operative area and the development of complications. Abdominoplasty is one of the most controversial operations in aesthetic and plastic surgery, where complications reach 27.5-30.8%. The concept of "abdominoplasty" provides techniques for the operational correction of abdominal wall deformities presented by excess skin and subcutaneous fat, pathological postoperative scars, as well as defects of the muscular aponeurotic layer in abdominal area. There are several abdominoplasty techniques. The purpose of this work is to determine the efficacy of the modified abdominoplasty in the surgical treatment of complex abdominal wall defects. Materials and methods. The study involved 360 patients with complex abdominal wall defects operated on at the surgical department of the Poltava Municipal Hospital №1 in for the last 10 years. Various deformities of the abdominal wall were detected in 289 patients (80,3%). Localization of the defects can be described as following: M – 306 (85%), L – 31 (8,6%), ML – 23 (6,4%). The size of the defects: W_1 – 103 (28,6%), W_2 – 188 (52,2%), W_3 – 69 (19,2%). Additional diastase rectus muscles were detected in 179 patients (49,7%). The combined surgical diseases were found in 332 patients (92,2%); 18,1% of them were diagnosed to have intra-abdominal pathology. Results and discussion. The following types of dermatolipectomy were used: longitudinal - 77 cases (28,1%), by Babcock - 114 cases (41,6%), by Kelly - 6 cases (2,2%), by Fernandes - 63 cases (22,9%), modified Fernandez - 7 cases (2,5%), by Berson - 3 cases (1,1%), by Torek - 2 cases (0,8%), by Hrazer – 2 cases (0,8%). Simultaneous operations were performed on in 65 patients (18,1%). Types of alloplasty used: «onlay» - 3 cases (0,8%), «sublay» - 289 cases (80,3%), «sublay-inlay» - 38 cases (10,6%), «inlay» - 3 cases (0,8%), Ramirez – 4 cases (1,1%), intra-abdominal - 2 cases (0,6%), combine – 21 (5,8%). Conclusions. The term abdominoplasty has a broader definition than it was considered previously. Differentiated surgical tactics for patients with complex abdominal wall defects improves the abdominoplasty outcomes.