

genetically justified and promising treatment approach that contributes to the improvement of microcirculation and reduction of inflammatory manifestations of the disease.

Key words: lipid necrobiosis, treatment, lipid metabolism, carbohydrate metabolism, coagulation profile, skin lesions.

ORCID and contributionship:

Madatli A. H.: <https://orcid.org/0009-0000-0213-0501> ^{ABDEF}

Corresponding author

Madatli Asmar
Azerbaijan Medical University
Azerbaijan, AZ1014, Baku, 81 Bulbul Avenue
Tel.: +994557621780
E-mail: statya2021@mail.ru

A – Work concept and design, B – Data collection and analysis, C – Responsibility for statistical analysis, D – Writing the article, E – Critical review, F – Final approval of the article.

This article is distributed under the terms of the **Creative Commons Attribution (CC-BY) License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited © All authors, 2026

Received 23.01.2026
Accepted 04.05.2026
Published 27.05.2026

DOI 10.29254/2077-4214-2026-2-181-188-198

УДК 616-089.844:616.718-089:616-056.257

Тодуров І. М., Плезуца О. І., Струков Є. С.

ПЛАСТИКА ЛОБКОВОЇ ДІЛЯНКИ, ЯК ЕТАПНИЙ МЕТОД КОРЕКЦІЇ ТІЛА, ПІСЛЯ ВТРАТИ ВАГИ У ПАЦІЄНТІВ З ОЖИРІННЯМ ТА СУПУТНИМ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Державна наукова установа «Центр інноваційних медичних технологій НАН України»
(м. Київ, Україна)

dr.strukov1@gmail.com

Пластика лобкової ділянки за методом Н-подібної комбінованої вертикально-горизонтальної техніки є реконструктивно-естетичним втручанням, яке застосовується у пацієнтів із вираженими дефектами лобкової ділянки, зокрема після значного зниження маси тіла, коли формуються надлишкові шкірно-жирові складки та виражені деформації лобкової ділянки. Такі зміни можуть спричиняти фізичний дискомфорт, обмеження рухової активності та виражений психоемоційний дискомфорт, що знижує якість життя пацієнтів. Представлено клінічний випадок демонструє 48-річного пацієнта з ІМТ $\approx 40,5$ кг/м² (максимальна вага 210 кг, ІМТ $\approx 60,7$ кг/м²), який на тлі консервативної терапії досяг зниження маси тіла на 75 кг. Унаслідок цього сформувався виражений шкірно-жировий «фартух» та естетична деформація лобкової ділянки. Пацієнта було госпіталізовано до хірургічного відділення, проведено передопераційне обстеження, після чого виконано пластику лобкової ділянки з видаленням 2,6 кг надлишкових тканин і встановленням активних дренажів. У ранньому післяопераційному періоді пройшов без значущих ускладнень, з поетапним видаленням дренажів на 5-ту та 7-му добу. Пацієнта виписано на 11-ту добу з рекомендаціями. Отримані результати підкреслюють ефективність пластики лобкової ділянки, як одного з етапів лікування пацієнтів після консервативного зниження маси тіла при морбідному ожирінні. Оперативне втручання дозволяє усунути залишкові м'якотканинні деформації, поліпшити естетичний та функціональний результат, а також покращити якість життя пацієнтів.

Ключові слова: ожиріння, значна втрата маси тіла, монспластика, абдомінальна контурна хірургія, поетапний підхід.

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами.

Робота є фрагментом науково-дослідної роботи відділу ендокринної та метаболічної хірургії ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України» на тему: «Естетично-реконструктивна хірургія дефектів та деформації черевної стінки», номер державної реєстрації 0123U103218.

Вступ.

Ожиріння – це хронічне захворювання, поширеність якого у світі невпинно зростає та набуває масштабів глобальної епідемії. Воно не лише підвищує ризик метаболічних і серцево-судинних ускладнень, а й призводить до виражених естетичних змін, зокрема в ділянці передньої черевної стінки та нижніх відділів тулуба [1].

Значна втрата маси тіла (*massive weight loss*, MWL) – незалежно від того, досягнута вона консервативно чи після баріатричного лікування – часто супроводжується надлишком шкіри та м'якотканинною «розбалансованістю» контурів тіла. Літературні дані свідчать, що надлишок шкіри є надзвичайно поширеним після значної втрати ваги, спостерігається приблизно у 96% пацієнтів після баріатричних втручань і може призводити до фізичних обмежень та дискомфорту, включно з гігієнічною проблематикою та труднощами при фізичних активностях. За даними клінічних опитувань постбаріатричних пацієнтів, до 90% повідомляють про функціональні порушення, пов'язані з надлишком шкіри, тоді як 60% відзначають дерматологічні проблеми, а близько 50% – труднощі з особою гігієною; при цьому 63% пацієнтів звертаються до пластичного хірурга саме через функціональні обмеження. Саме абдомінальна зона найчастіше стає джерелом фізичного дискомфорту, гігієнічних проблем і незадоволеності зовнішнім виглядом, оскільки проблеми в цій ділянці спостерігаються приблизно у 25% пацієнтів, що формує потребу в реконструктивно-естетичних втручаннях [2, 3, 4].

У пацієнтів після значної втрати маси тіла абдомінпластика розглядається не лише як «косметична» операція, а як елемент відновлення функціонального комфорту та якості життя, оскільки усунення надлишкових тканин може зменшувати мацерацію, рецидивуючі запалення, травматизацію шкіри та повсякденні обмеження. Водночас у цій групі потрібні ретельніший відбір та планування через варіабельність анатомічних змін і вищу частоту факторів ризику [5].

Сучасні огляди підкреслюють, що у пацієнтів після значної втрати маси тіла деформація часто має комбінований характер (горизонтальний і/або вертикальний надлишок), що впливає на вибір техніки та обсяг втручання. Планування операції потребує оцінки розподілу надлишкових тканин у суміжних ділянках, щоб отримати гармонійний результат і зменшити потребу у повторних корекціях [6].

Для пацієнтів із ожирінням та супутніми метаболічними порушеннями важливим є поетапний підхід: первинна корекція ваги та метаболічного статусу (консервативно або хірургічно), а вже після стабілізації – реконструктивно-естетичний етап. Така логіка дозволяє підвищити безпеку лікування та зменшити ризик післяопераційних ускладнень у пацієнтів із коморбідністю [7].

Окремо наголошується, що пацієнти з естетичними деформаціями передньої черевної стінки нерідко мають обтяжений «морбідний фон», який слід системно оцінювати та оптимізувати до операції. Коморбідність і метаболічні порушення можуть визначати перебіг відновлення та впливати на ризики, отже передопераційна підготовка повинна бути комплексною [8].

Після значної втрати маси тіла надлишок тканин часто локалізується не лише в абдомінальній ділянці, а й у надлобковій зоні, що формує деформацію лобкової ділянки (*mons pubis*) та порушує пропорції нижнього контуру тулуба [9, 10, 11]. За даними літератури, корекція цієї ділянки після *massive weight loss* є необхідною у значній частині пацієнтів: у клінічних серіях абдомінального контурингу монспластика ви-

конується приблизно у 20–35% випадків, що свідчить про поширеність деформацій *mons pubis* після значного схуднення [11, 12]. Клінічні дані також показують, що після значної втрати маси тіла приблизно 61% пацієнтів відзначають покращення гігієни після корекції *mons pubis*, а понад 50% повідомляють про покращення сексуальної функції, що підкреслює частоту функціональних проблем у цій зоні та їх клінічну значущість [13]. Саме ця ділянка може залишатися «невирішеною» навіть після корекції живота, що знижує загальну задоволеність результатом контурної хірургії та впливає на якість життя пацієнта [9].

У клінічних спостереженнях підкреслено, що птоз і надлишок тканин у лобковій ділянці є дуже частою деформацією після значної втрати маси тіла і потребує адекватного хірургічного лікування – як у поєднанні з абдомінопластиком, так і як окремих етап. Неврахування цієї зони може зберігати психосоціальний дискомфорт та відчуття «незавершеності» результату навіть після значного схуднення [10].

Монспластика є методом корекції надлишку тканин і птозу *mons pubis* та може виконуватися як самостійна процедура або як частина абдомінального контурингу. У дослідженні після монспластики у пацієнтів після значної втрати маси тіла показано покращення естетичних і функціональних показників та високу задоволеність результатом, що підтверджує клінічну значущість цілеспрямованої корекції цієї анатомічної зони [11].

Важливою умовою отримання передбачуваного результату є вибір техніки з урахуванням того, який компонент деформації переважає – вертикальний, горизонтальний або комбінований. Описані безпечні та швидкі методики монспластики з акцентом на профілактику ускладнень і можливість інтеграції корекції *mons pubis* у комплекс абдомінпластики/боділіфту [14].

У представленому клінічному випадку описано поетапну корекцію деформації лобкової ділянки у пацієнта після значної (консервативно досягнутої) втрати маси тіла, з акцентом на обґрунтування вибору хірургічної тактики та профілактику післяопераційних ускладнень відповідно до сучасних принципів контурної хірургії тіла після значної втрати маси тіла [15].

Мета дослідження.

Представити клінічний випадок поетапної корекції деформації *mons pubis* у пацієнта після значної консервативної втрати маси тіла та обґрунтувати вибір хірургічної тактики на підставі сучасних даних літератури.

Об'єкт і методи дослідження.

Об'єктом дослідження став пацієнт, 48 років, госпіталізований 04.09.2025 р. зі скаргами на виражену деформацію лобкової ділянки після значної втрати маси тіла. На момент поступлення антропометричні показники становили: зріст 186 см, маса тіла 140 кг, ІМТ 40,5 кг/м², що відповідало втраті надлишкової маси тіла (ВНМТ) становила 75 кг (33% від початкової маси тіла); в анамнезі – тривале ожиріння з максимальною масою тіла 210 кг та консервативно досягнута втрата маси тіла.

Для оцінки загального стану метаболічних порушень та можливого передопераційного ризику застосовано комплекс клініко-лабораторних та

інструментальних методів. Проведено клінічний огляд, антропометрію, оцінку локального статусу деформації та аналіз анамнестичних даних. Виконано лабораторні дослідження, необхідні для планування оперативного втручання та контролю раннього післяопераційного періоду: загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові (зокрема показники функції печінки та нирок, рівень глюкози), коагулограма, С-реактивний білок (СРБ). У післяопераційному періоді здійснювався динамічний лабораторний контроль (ЗАК, біохімічні показники, коагуляційний профіль) відповідно до клінічної потреби.

Інструментальні методи включали електрокардіографію (ЕКГ), рентгенографію органів грудної клітки, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, а також фіброгастродуоденоскопію (ФГДС) у межах стандартної передопераційної оцінки. Додатково виконано остеоденситометрію (за показаннями).

Хірургічне лікування полягало у виконанні пластики лобкової ділянки із застосуванням Н-подібної комбінованої резекції (корекція вертикального та горизонтального компонентів деформації) з видаленням приблизно 2,6 кг надлишкових тканин та встановленням двох активних дренажів у підшкірно-жирову клітковину. Дренажі видалено на 5-ту та 7-му добу, пацієнта виписано на 11-ту добу післяопераційного періоду з рекомендаціями щодо перев'язок і подальшого спостереження.

Дослідження виконано з дотриманням принципів біоетики відповідно до Гельсінської декларації. Пацієнта було поінформовано про мету, методи та можливі ризики втручання, після чого отримано письмову інформовану згоду на операцію та використання клінічних даних у наукових цілях.

Результати дослідження та їх обговорення.

Клінічний випадок

Пацієнт О., 48р. госпіталізований 04.09.2025р. у відділення хірургії Центру інноваційних медичних технологій НАН України зі скаргами на надмірну масу тіла, шкіряний «фартух» в ділянці лобка, що зумовлював емоційний дискомфорт, механічні та гігієнічні труднощі (утруднення ходьби, мацерацію/подразнення шкіри, складність проведення гігієнічних процедур) і, відповідно, формував показання до хірургічної корекції лобкової ділянки.

На момент поступлення об'єктивно: зріст – 186 см; вага – 140 кг; ІМТ = 40,5 кг/м².

Анамнез хвороби

Поступовий набір маси тіла відзначається протягом багатьох років, пацієнт пов'язує це з нераціональним харчуванням, малорухливим способом життя та високим рівнем стресу. Максимальна вага становила 210 кг при зрості 186 см (ІМТ ≈ 60,7 кг/м²).

Навесні 2023 року пацієнт розпочав терапію препаратом Ліраглутид, внаслідок чого протягом трьох місяців зменшив масу тіла на 25 кг. Після відміни препарату протягом року відмічав поступове збільшення ваги приблизно на 5 кг. Згодом відновив регулярний прийом Ліраглутиду, завдяки чому досяг подальшого зниження маси тіла ще на 50 кг. На тлі значної втрати маси тіла сформувалась естетична деформація передньої черевної стінки та виражений птоз шкірно-жирового комплексу лобкової ділянки, що супроводжувалося механічним, гігієнічним дискомфортом та вплинуло на безпосередню якість життя і стало основною причиною звернення пацієнта за спеціалізованою хірургічною допомогою.

фортом та вплинуло на безпосередню якість життя і стало основною причиною звернення пацієнта за спеціалізованою хірургічною допомогою.

Інструментальні та лабораторні обстеження

У клініці проведено комплекс лабораторних та інструментальних обстежень з метою оцінки метаболічного статусу, виявлення/виключення метаболічного синдрому та супутньої соматичної патології.

НВСаg – негативний. НCV – негативний. RW – негативний. Група крові АВ(III) резус «+» позитивний.

Загальний аналіз крові (02.09.2025): Ер. – 4,61 x10¹²/л, Нв – 149 г/л, Лейк. – 6,40 x10⁹/л, Тр. – 359 x10⁹/л, ШОЕ – 21 мм/год.

Біохімічний аналіз крові (02.09.2025): АЛАТ – 15,5 Од/л, АСАТ – 15,4 Од/л, білірубін загальний – 22,52 мкмоль/л, білірубін прямиий – 6,07 мкмоль/л, білірубін непрямої – 16,45 мкмоль/л, креатинін – 80,9 мкмоль/л, глюкоза – 5,63 ммоль/л.

Коагулограма (02.09.2025): ПТІ – 95,04%, МНО – 1,05.

УЗД ОЧП (02.09.2025): УЗ-ознаки дифузних змін печінки, холестерозу та гіпотонії жовчного міхура, ліпоматозних змін підшлункової залози, кісти правої нирки, нефроптозу зліва, мікронефролітіазу.

ЕКГ (02.09.2025): Синусовий ритм. Частота серцевих скорочень = 74. Електрична вісь серця нормальна: 33 град. Порушення внутрішньослуночкової провідності. Помірні зміни міокарда.

ФГДС (03.09.2025): Еритематозна гастропатія. Атрофія, метаплазія слизової шлунка. EGGIM – 4р. Kimura Takemoto С1.

Рентген ОГК (04.09.2025): Рентген-ознак за вогнищево-інфільтративні зміни не виявлено. ДДЗХ.

Остеоденситометрія (04.09.2025): Значення мінеральної щільності кістки (BMD), виміряне в області Все тело, складає: 1.360 г/см³, цю відповідає значенню оцінки T-Score = 0.0(0%) та оцінки Z-Score = 0.3 (5%). Значення оцінки критерію T-Score відповідає нормі та низькому ризику переломів.

Враховуючи дані анамнезу, результатів клініко-лабораторних та інструментальних досліджень встановлено діагноз:

Естетична деформація лобкової ділянки та передньої черевної стінки. Ожиріння III ст.

Провівши оцінку метаболічного статусу та враховуючи значну консервативно досягнуту втрату маси тіла з позитивною динамікою метаболічних показників, було прийнято рішення виконати пластику лобкової ділянки як первинний етап реконструктивно-естетичної корекції. Метою втручання було усунення вираженої деформації лобка, зменшення механічних і гігієнічних обмежень, а також покращення психоемоційного стану та якості життя пацієнта. З огляду на те, що загальна корекція контурів передньої черевної стінки потребує подальшого етапу лікування, абдомінoplastiku заплановано після стабілізації маси тіла; при цьому монспластика розцінена як втручання, що дозволяє закріпити результат консервативної терапії та підготувати пацієнта до наступної реконструктивної операції.

Пацієнту рекомендовано продовження консервативної терапії, спрямованої на зниження надлишкової маси тіла та стабілізацію метаболічного стану. Враховуючи виражену естетичну деформацію, наявний фізичний та психоемоційний дискомфорт, обме-

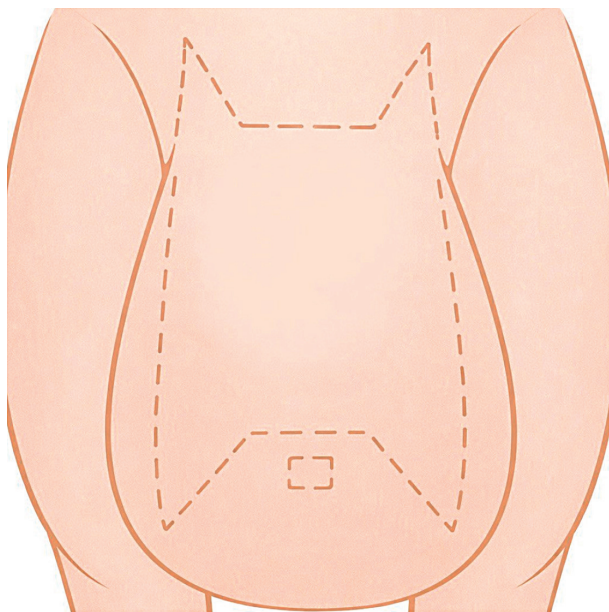


Рисунок 1 – Схема передопераційної розмітки.

ження рухової активності, зумовлене деформацією лобкової ділянки, прийнято рішення щодо проведення хірургічного естетичного втручання – пластики лобкової ділянки.

Пацієнт детально поінформований про характер оперативного втручання, можливі інтра- та післяопераційні ускладнення, терміни виконання оперативного втручання та очікуваний результат. Отримано добровільну інформовану згоду на проведення хірургічного лікування.

Методика операції: вертикально-горизонтальна (Н-подібна) пластика лобкової ділянки.

Передопераційна розмітка

У положенні пацієнта стоячи виконують маркування лобкової ділянки з урахуванням напрямків деформації:

- визначають зону птозу та поперечну складку надлобкової ділянки;
- наносять лінії резекції за принципом поєднання вертикального компонента по серединній лінії та горизонтального компонента в надлобковій зоні, формуючи Н-подібну конфігурацію резекції (вертикальна ділянка + поперечна ділянка висічення).

Це дозволяє одночасно усунути надлишок тканин у двох напрямках та сформувати більш рівний контур mons pubis.

На **рис. 1** представлено схему передопераційної розмітки.

На **рис. 2** представлено схему післяопераційної розмітки.

На **рис. 3** представлений пацієнт напередодні з передопераційною розміткою на проведення пластики лобкової ділянки.

04.09.2025 була проведена операція в об'ємі: пластика лобкової ділянки. Було встановлено два дренажі в підшкірно-жирову клітковину на активну аспірацію.

Вага видаленої шкіри з підшкірно-жировою клітковиною складала приблизно 2.6 кг.

Загальний аналіз крові (04.09.2025): Ер. – $4,62 \times 10^{12}/л$, Нв – 142 г/л, Лейк. – $17,5 \times 10^9/л$, Тр. – $286 \times 10^9/л$.

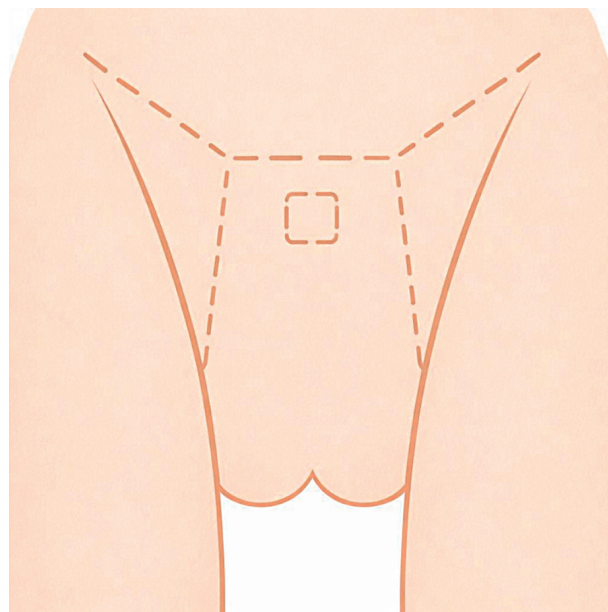


Рисунок 2 – Схема післяопераційної розмітки.

Загальний аналіз крові (05.09.2025): Ер. – $4,2 \times 10^{12}/л$, Нв – 129 г/л, Лейк. – $12,6 \times 10^9/л$, тр. – $277 \times 10^9/л$.

Біохімічний аналіз крові (04.09.2025): глюкоза – 8,69 ммоль/л, СРБ – 7 мг/л.

Біохімічний аналіз крові (05.09.2025): креатинін – 82,9 мкмоль/л, сечовина – 5,35 ммоль/л, СРБ – 31,4 мг/л.

Коагулограма (05.09.2025): ПТІ – 93,26%, МНО – 1,06.

Методика виконання операції:

Операцію виконують у стандартному положенні пацієнта на спині після обробки операційного поля.

На **рис. 4** представлений комбінований вертикально-горизонтальний доступ по серединній лінії та в лобковій ділянці з виконанням пошарового розсічення шкіри і підшкірно-жирової клітковини відповідно до попередньо нанесеної розмітки. Розріз формують з урахуванням вертикального та горизонтального компонентів, що відповідають конфігурації Н-подібного патерну. Пошарове розсічення проводять із дотриманням анатомічних орієнтирів та контролем гемостазу; під час дисекції здійснюють коагуляцію дрібних судин для профілактики інтраопераційної кровотечі та утворення гематом.

На **рис. 5** представлено виконання відсепарування шкірно-підшкірних клаптів лобково-пахвинної ділянки в межах фасції Скарпи, забезпечуючи достатню мобілізацію тканин для безнатяжного зіставлення країв. Відсепаровка здійснюється тупим та гострим шляхом у межах поверхневої фасції, що дозволяє мобілізувати шкірно-підшкірні клапті та сформувати достатній операційний простір для подальшої корекції. Адекватна мобілізація клаптів забезпечує можливість зіставлення країв рани без надмірного натягу.

На **рис. 6** представлено висічення надлишків шкірно-жирового комплексу у межах попередньо розміченого Н-подібного патерну з формуванням коректного контуру лобкової ділянки та усуненням поперечної складки/птозу. Резекцію виконують відповідно до попередньої розмітки з урахуванням ступеня птозу та об'єму надлишкових тканин. Надлишковий



Рисунок 3 – Пацієнт напередодні з передопераційною розміткою на проведення пластики лобкової ділянки.

шкірно-жировий комплекс висікають із дотриманням симетрії та анатомічних пропорцій нижнього контуру тулуба. Після видалення тканин проводять оцінку сформованого контуру лобкової ділянки, корекцію положення тканин та контроль гемостазу.

На **рис. 7** представлено встановлені 2 гумові дренажі у підшкірно-жирову клітковину.

На **рис. 8** представлена перша перев'язка на наступний день після проведення пластики лобкової ділянки.

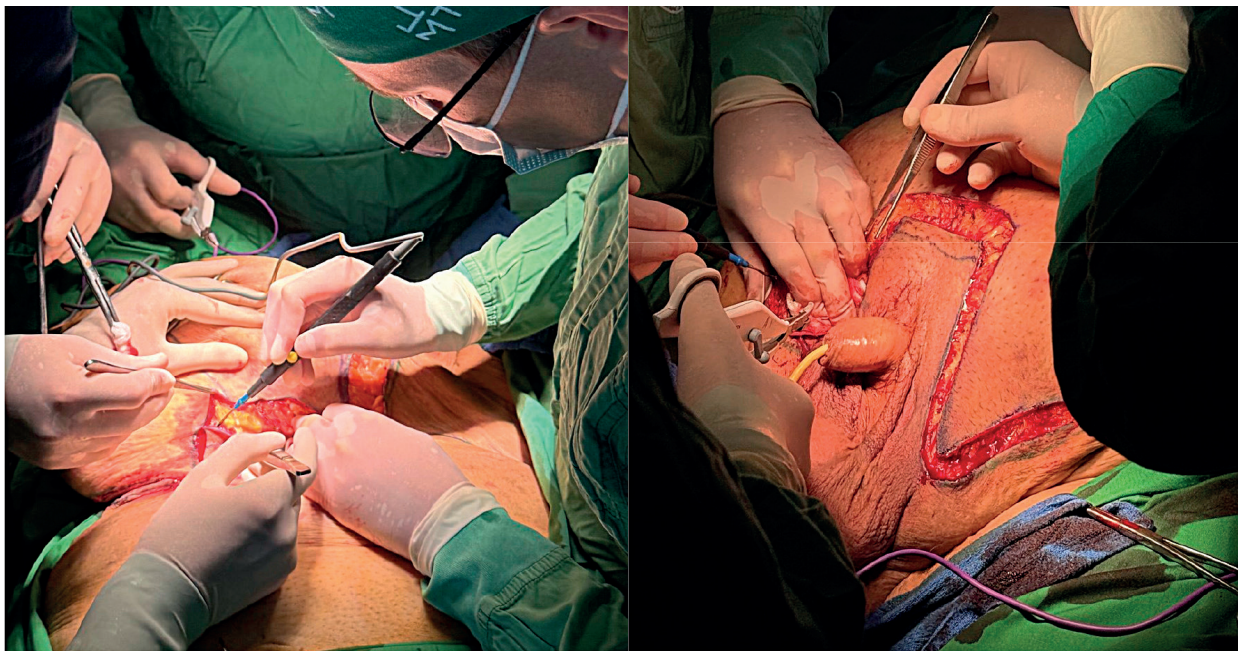


Рисунок 4 – Комбінований вертикально-горизонтальний доступ по серединній лінії та в лобковій ділянці з виконанням пошарового розсічення шкіри і підшкірно-жирової клітковини відповідно до попередньо нанесеної розмітки.

Підставою для видалення дренажів є зменшення ексудації до менш ніж 30 мл протягом 24-годинного періоду. Після видалення дренажів пов'язка може бути замінена на компресійну білизну на період до 6 тижнів. Протягом цього періоду активна фізична активність і підняття важких предметів мінімізовані, хоча часті прогулянки рекомендуються.

09.09.2025 – Видалено правий дренаж з ПЖК. На 5 добу після операції.

11.09.2025 – Видалено лівий дренаж з ПЖК. На 7 добу після операції.

15.09.2025 – Пацієнта було виписано із хірургічного відділення ДНУ «ЦІМТ НАН України» з рекоменда-

ціями на відвідування центру для планових перев'язок.

Отримані результати нашого клінічного спостереження узгоджуються з даними сучасних публікацій, які підкреслюють доцільність етапного підходу до реконструктивно-естетичної корекції тіла у пацієнтів з ожирінням та супутніми метаболічними порушеннями. Так, Brower і Rubin (2020) [6] відзначають, що реконструктивно-естетичний етап доцільно виконувати після досягнення зниження маси тіла (консервативного або хірургічного) та оптимізації загального/метаболічного статусу, що дозволяє підвищити безпеку і прогнозованість результатів, що узгоджується з даними Jacobs та співавт. (2006) [2, 7]. Подібну пози-

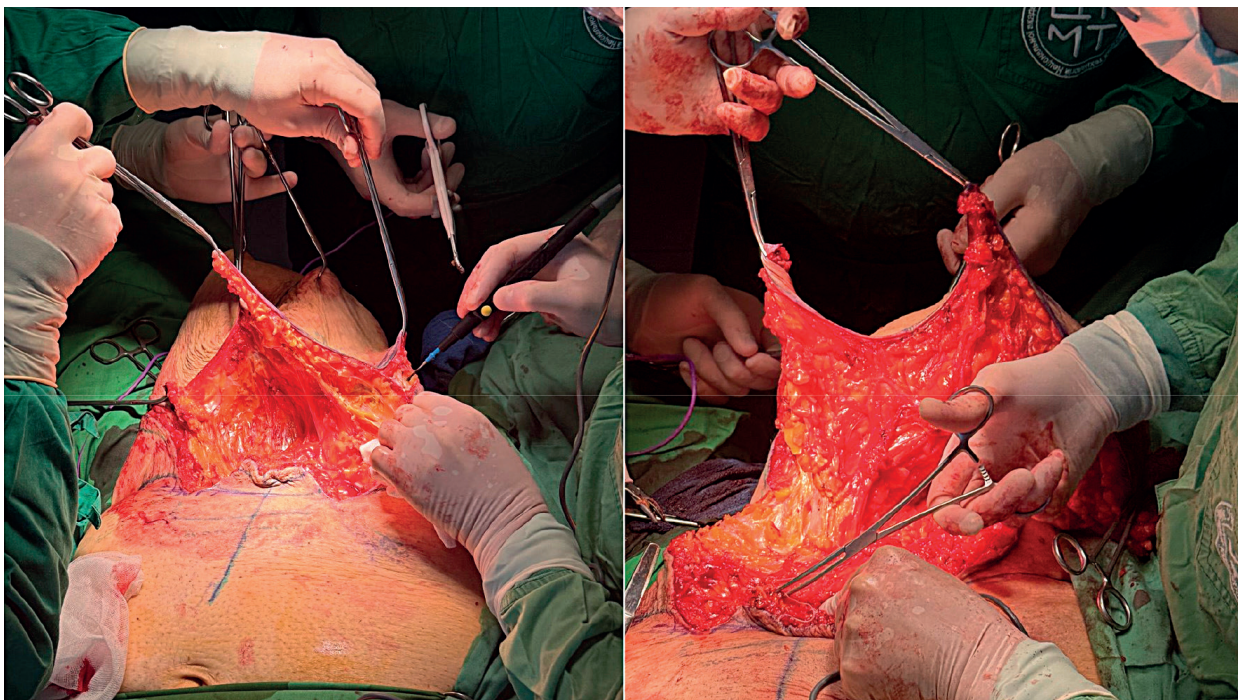


Рисунок 5 – Виконують відсепаровку шкірно-підшкірних клаптів лобково-пахвинної ділянки в межах фасції Скарпи, забезпечуючи достатню мобілізацію тканин для беззатяжного зіставлення країв.

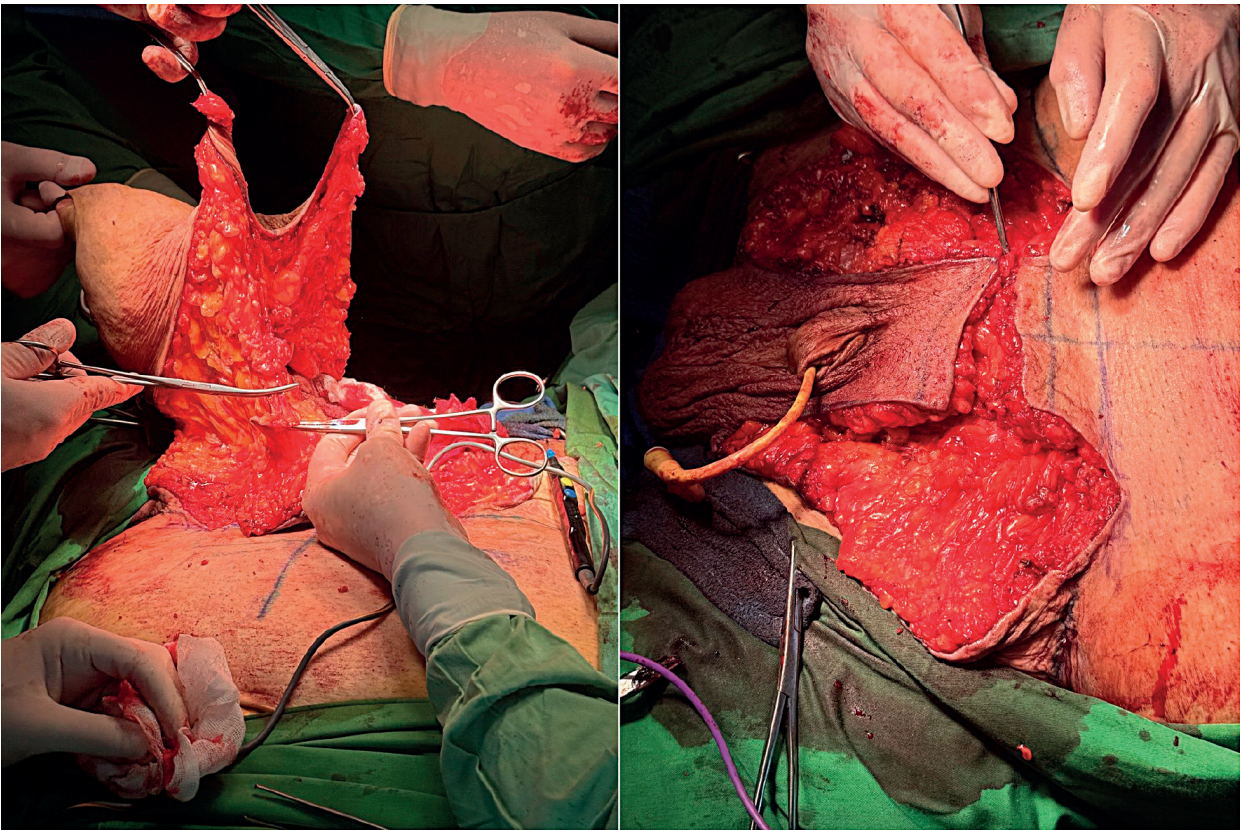


Рисунок 6 – Висічення (резекцію) надлишків шкірно-жирового комплексу у межах попередньо розміщеного Н-подібного патерну з формуванням коректного контуру лобкової ділянки та усуненням поперечної складки/птозу.

цію демонструє Giordano (2015) [3, 8], акцентуючи на необхідності комплексної оцінки «морбідного фону» та корекції коморбідних станів перед пластичним втручанням. У нашому випадку реалізовано саме таку логіку: після значної консервативно досягнутої

втраги маси тіла пацієнту виконано монспластику як окремий етап корекції нижнього контуру тулуба з контрольованим перебігом раннього післяопераційного періоду, що узгоджується з концепцією етапності та мінімізації періопераційних ризиків, особли-

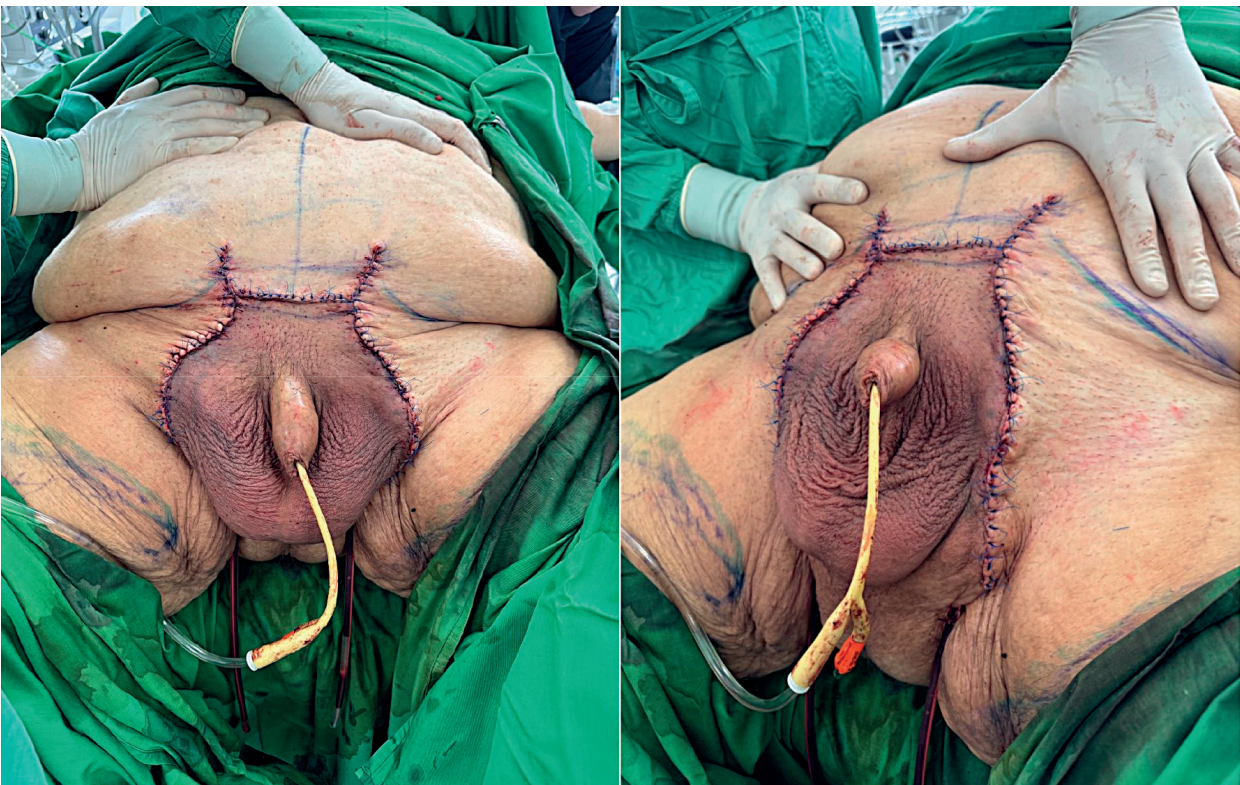


Рисунок 7 – Встановлені 2 гумові дренажі у підшкірно-жирову клітковину.

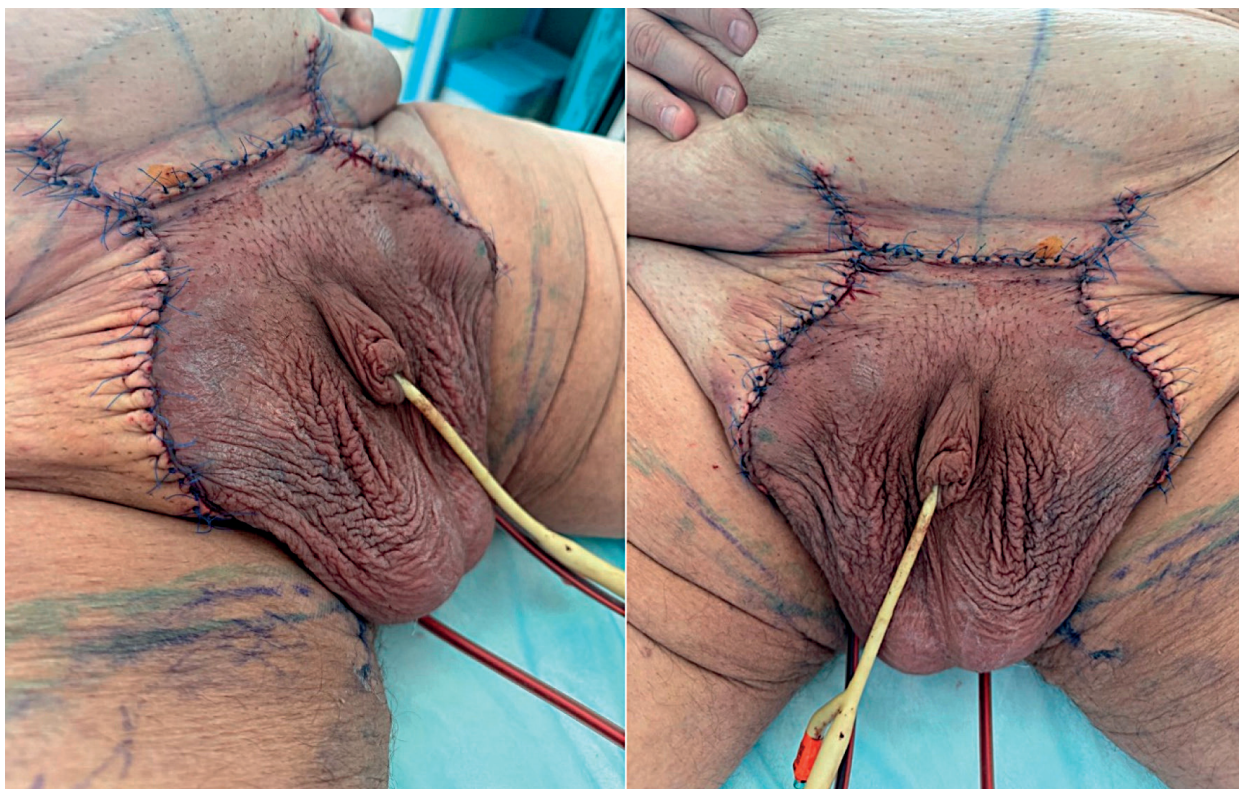


Рисунок 8 – Перша перев'язка на наступний день після проведення пластики лобкової ділянки.

во актуальною для пацієнтів після massive weight loss [2, 3, 6–8].

Крім того, дослідження Pechevy та співавт. (2016) демонструє, що у пацієнтів після масивної втрати ваги деформація лобкової ділянки (*mons pubis*) є частою причиною естетичного й функціонального дискомфорту, а її хірургічна корекція у вигляді монспластики супроводжується високою задоволеністю пацієнтів та покращенням функціональних показників. За даними літератури, надлишок шкіри після значної втрати маси тіла спостерігається у до 96% пацієнтів, що включає як абдомінальну, так і надлобкову зону, і є причиною фізичного дискомфорту та естетичних проблем [3]. Крім того, приблизно 74% пацієнтів після значної втрати маси тіла бажають пройти *body-contouring surgery*, причому значна частка вказує на нижній контур тулуба (живіт та *mons pubis*) як проблемну зону [16]. При цьому серед операцій контурної хірургії після massive weight loss абдомінопластика є найпоширенішим втручанням і виконується приблизно у 64,2% випадків, тоді як корекція лобкової ділянки (монспластика) проводиться значно рідше – приблизно у 20–35% пацієнтів, що підкреслює відносну недооцінку деформацій *mons pubis* у структурі постбаріатричної реконструктивної хірургії (Вуковські et al., 2017; Pechevy et al., 2016; de Vries et al., 2020) [17]. Подібні висновки підтримує Saheb-Al-Zamani (2022), наголошуючи, що рутинна оцінка *mons pubis* під час планування контурної корекції є принциповою, оскільки «неврахування» цієї ділянки може залишати відчуття незавершеності результату навіть після успішного схуднення. У нашому випадку монспластика була виконана як окремий етап корекції нижнього контуру тулуба після значної консервативно досягнутої втрати маси тіла, що, своєю чергою, дало змогу оптимізувати загальний

результат консервативного лікування за рахунок усунення птозу *mons pubis* та пов'язаних із ним механічних і гігієнічних обмежень, а також забезпечило контрольований ранній післяопераційний перебіг і відповідає сучасній концепції поетапного відновлення форми тіла після значної втрати маси тіла. Таким чином, результати нашого клінічного спостереження підтверджують дані літератури останніх років і підкреслюють важливість етапного підходу до хірургічної корекції залишкових деформацій тіла у пацієнтів після значного схуднення [9–11].

Оскільки доказова база щодо монспластики порівняно обмежена, особливий інтерес становлять роботи, які поєднують опис хірургічної техніки з післяопераційною оцінкою результатів. Зокрема, Hamdi та співавт. (2023) [18] запропонували відтворюваний підхід до монспластики та продемонстрували як естетичні, так і функціональні результати після операції, що підтримує стандартизацію підходів у клінічній практиці. Водночас у межах комплексного абдомінального контурингу після значної втрати маси тіла Simone та співавт. (2022) [19] показали, що включення стандартизованої “puboplasty” як інтегрованого етапу моделювання *mons pubis* асоціюється з більшою стабільністю результату та вищою задоволеністю пацієнтів. Функціональні ефекти корекції *mons pubis* також описані Вуковські та співавт. (2017) [12], які повідомили про покращення показників сексуальної функції та зменшення урогенітального дистресу у жінок після значної втрати маси тіла при поєднанні абдомінального контурингу з монспластиком; хоча ці дані не можна прямо екстраполювати на чоловіків, вони підкреслюють потенційну клінічну значущість корекції цієї зони у вибраних пацієнтів. Додатково систематичний огляд і метааналіз ElAbd та співавт. (2021) [20] підкреслює користь контурної хірургії як

складової мультидисциплінарного ведення пацієнтів після значної втрати маси тіла, що створює підґрунтя для обґрунтованого планування поетапних реконструктивно-естетичних втручань.

Висновки.

Наведений клінічний випадок свідчить, що у пацієнтів після значної втрати маси тіла часто формується множинна (мультизональна) деформація контурів тіла: надлишок тканин і складки передньої черевної стінки з потребою подальшої абдомінопластики, а також деформації м'яких тканин верхніх і нижніх кінцівок та грудної ділянки, які потребують послідовного реконструктивно-естетичного лікування. На цьому тлі деформація лобкової ділянки може бути провідним джерелом естетичного та функціонального дискомфорту, тому виконання монспластики як першого етапу дозволяє прицільно усунути найбільш клінічно значущу проблему, сформувати більш гармонійний нижній контур тулуба та забезпечити прогнозований, контрольований перебіг раннього післяопераційного періоду. Вибір даної методики створює можливість досягнення задовільного естетичного результату за умови належної передопераційної підготовки та оптимізації метаболічного статусу, що є принциповим для мінімізації ризику післяопераційних ускладнень. Важливо, що отриманий результат має потенційний вплив не лише на зовнішній вигляд, а й на інтимний

комфорт, сексуальну функцію та психоемоційний стан пацієнта, створюючи сприятливі умови для подальшої поетапної корекції інших зон відповідно до анатомічних потреб і загального стану.

Перспективи подальших досліджень.

Подальші наукові дослідження доцільно спрямувати на комплексну оцінку ефективності монспластики у пацієнтів після значної втрати маси тіла з урахуванням як естетичних, так і функціональних результатів у віддаленому післяопераційному періоді. Перспективним є вивчення впливу корекції лобкової ділянки на показники якості життя, психоемоційний стан та сексуальну функцію пацієнтів.

Окремої уваги потребує визначення оптимальних критеріїв відбору пацієнтів, показано до ізолюваного виконання монспластики та її поєднання з іншими методами контурної хірургії тулуба, зокрема абдомінопластикю. Важливим напрямом є також стандартизація хірургічних технік і оцінка частоти післяопераційних ускладнень залежно від обраної тактики лікування.

Таким чином, подальше накопичення клінічного матеріалу та проведення проспективних досліджень дозволить оптимізувати підходи до поетапної реконструктивно-естетичної корекції у пацієнтів після значної втрати маси тіла та підвищити прогнозованість результатів лікування.

Література

1. World Health Organization. Obesity and overweight. Geneva: World Health Organization; 2025. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Jacobs JMS, Schechner S, Jacobs JS. Abdominoplasty following massive weight loss. *Semin Plast Surg.* 2006;20(1):15-23. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-2006-932445>
3. Giordano S. Removal of excess skin after massive weight loss: challenges and solutions. *Open Access Surg.* 2015;8:1-8. DOI: <https://doi.org/10.2147/OAS.S63244>
4. Klopper EM, Kroese-Deutman HC, Berends FJ. Massive weight loss after bariatric surgery and the demand for body contouring surgery. *Eur J Plast Surg.* 2014;37:103-108. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00238-013-0905-5>
5. Naseri S, Khorgami Z, Shoar S, Sabzghabaei A, Aminian A, Brethauer SA, et al. Abdominoplasty after massive weight loss: a review. *JPRAS Open.* 2022;32:1-10. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpra.2022.02.001>
6. Brower JP, Rubin JP. Abdominoplasty after massive weight loss. *Clin Plast Surg.* 2020;47(3):389-396. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cps.2020.03.006>
7. Todurov IM, Plehutsa OI, Pylypchuk OO, Hrynevych AA. Comprehensive approach to the treatment of patients with aesthetic deformity of the anterior abdominal wall with concomitant metabolic disorders. *Diabetes Obes Metab Syndr.* 2025;4(14):53-64.
8. Plehutsa OI, Kalashnikov OO, Hrynevych AA. Features of the morbid background of patients with defects and aesthetic deformities of the anterior abdominal wall and concomitant metabolic disorders. *Bull Probl Biol Med.* 2025;1(176):278-287. DOI: <https://doi.org/10.29254/2077-4214-2025-1-176-278-287>
9. Saheb-Al-Zamani M. Mons pubis lift (monsplasty). *Clin Plast Surg.* 2022;49(3):391-402. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cps.2022.02.006>
10. Marques M, Modolin M, Cintra W, Gemperli R, Ferreira MC. Monsplasty for women after massive weight loss. *Aesthet Plast Surg.* 2012;36(3):511-516. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00266-011-9806-4>
11. Pechevy L, Gourari A, Carloni R, De Runz A. Monsplasty after massive weight loss: assessment of its aesthetic and functional impact. *Ann Chir Plast Esthet.* 2016;61(1):e21-e35. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2015.10.003>
12. Bykowski MR, Rubin JP, Gusenoff JA. The impact of abdominal contouring with monsplasty on sexual function and urogenital distress in women following massive weight loss. *Aesthet Surg J.* 2017;37(1):63-70. DOI: <https://doi.org/10.1093/asj/sjw137>
13. Bloom JMP, Van Kouwenberg E, Davenport M, Gusenoff JA. Aesthetic and functional satisfaction after monsplasty in the massive weight loss population. *Aesthet Surg J.* 2012;32(7):877-885. DOI: <https://doi.org/10.1177/1090820X.12452874>
14. Patoué A, De Runz A, Carloni R, Boccaro D, Mimoun M. Safe monsplasty technique. *J Plast Surg Hand Surg.* 2018;52(2):74-79. DOI: <https://doi.org/10.1080/2000656X.2017.1396547>
15. Gusenoff JA, Coon D, Rubin JP. Panniculectomy and body contouring surgery after massive weight loss. *Clin Plast Surg.* 2008;35(1):89-103. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cps.2007.08.005>
16. Langer FG, Hoda MR, Bohle RM, Kramer MW, Michel MS, Alken P. The desire for body contouring surgery after bariatric surgery: a survey study. *Obes Surg.* 2014;24(8):1234-1242. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11695-014-1247-4>
17. de Vries CEE, Kalff MC, van Praag EM, Florissson JMG, Pitt MRF, van Veen RN, et al. The influence of body contouring surgery on weight control and comorbidities in patients after bariatric surgery. *Obes Surg.* 2020;30(3):924-930. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11695-019-04298-1>
18. Hamdi M, Waked K, El-Khatib HA, Al Deek NF, El Sayed M, Ghanem AM, et al. The monsplasty: surgical and functional outcomes using an effective and reproducible technique. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2023;11(6):e5085. DOI: <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000005085>
19. Simone P, Savani L, Marchica P, Persichetti P. Puboplasty as an integral step in massive weight loss abdominal contouring: a retrospective assessment of results stability and patient satisfaction. *Aesthetic Plast Surg.* 2022;46(5):2345-2352. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00266-022-02854-2>
20. ElAbd R, Samargandi OA, Alghamdi AA, Al-Mufarrej F, Al-Qattan MM, Alharbi AA, et al. Body contouring surgery improves weight loss after bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *Obes Surg.* 2021;31(3):1231-1240. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11695-020-05056-0>

ПЛАСТИКА ЛОБКОВОЇ ДІЛЯНКИ, ЯК ЕТАПНИЙ МЕТОД КОРЕКЦІЇ ТІЛА, ПІСЛЯ ВТРАТИ ВАГИ У ПАЦІЄНТІВ З ОЖИРІННЯМ ТА СУПУТНИМ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ**Тодуров І. М., Плегуча О. І., Струков Є. С.**

Резюме. У роботі представлено клінічний випадок хірургічної корекції деформації лобкової ділянки у пацієнта з ожирінням після значної консервативно досягнутої втрати маси тіла та супутнім метаболічним синдромом. Предметом дослідження є оцінка клінічної доцільності й безпеки виконання пластики лобкової ділянки за Н-подібною комбінованою вертикально-горизонтальною методикою як первинного етапу реконструктивно-естетичної корекції нижнього контуру тулуба.

Метою роботи є продемонструвати можливості монспластики як етапного втручання у пацієнтів після значної втрати маси тіла для усунення найбільш клінічно значущої деформації лобкової ділянки, зменшення механічних і гігієнічних обмежень, покращення якості життя та формування передумов для подальшої планової корекції передньої черевної стінки (абдомінопластики) після стабілізації маси тіла і метаболічного стану.

Дослідження ґрунтується на клінічному спостереженні та детальному описі випадку пацієнта О., 48 років, із ожирінням III ступеня та супутніми метаболічними порушеннями, який після значної консервативно досягнутої втрати маси тіла мав виражений птоз шкірно-жирового комплексу лобкової (надлобкової) ділянки, що зумовлював механічний, гігієнічний і психоемоційний дискомфорт. Перед оперативним втручанням проведено комплекс клініко-лабораторних та інструментальних обстежень для оцінки метаболічного статусу, виявлення/верифікації супутньої патології та стратифікації периопераційних ризиків, а також виконано передопераційну розмітку. Хірургічне лікування полягало у виконанні пластики лобкової ділянки (монспластики) комбінованим вертикально-горизонтальним Н-подібним доступом як першого етапу реконструктивно-естетичної корекції нижнього контуру тулуба, з подальшим динамічним післяопераційним спостереженням і оцінкою ранніх результатів, з формуванням плану наступних етапів корекції (абдомінопластики) після стабілізації маси тіла та метаболічного стану.

Ранній післяопераційний період після пластики лобкової ділянки (монспластики) мав контрольований перебіг: загальний стан пацієнта залишався стабільним, проводилися планові перев'язки та динамічний нагляд за післяопераційною ранною. У найближчі терміни після втручання відзначено зменшення механічного та гігієнічного дискомфорту, пов'язаного з птозом лобкової ділянки, а також покращення рухового комфорту та умов самообслуговування. Отриманий результат забезпечив формування більш гармонійного нижнього контуру тулуба та створив передумови для подальшої поетапної реконструктивно-естетичної корекції (зокрема, планованої абдомінопластики) після стабілізації маси тіла та метаболічного стану.

Результати представленого клінічного спостереження підкреслюють доцільність включення оцінки деформацій лобкової ділянки до стандартного передопераційного планування контурної хірургії у пацієнтів після значної втрати маси тіла, особливо за наявності ожиріння та супутніх метаболічних порушень. Описаний підхід демонструє, що монспластика може розглядатися як обґрунтований первинний етап реконструктивно-естетичної корекції нижнього контуру тулуба з метою зменшення механічного та гігієнічного дискомфорту, покращення якості життя й створення умов для подальших втручань (зокрема абдомінопластики) після стабілізації маси тіла та метаболічного статусу. Отримані дані можуть бути корисними для пластичних хірургів, баріатричних спеціалістів, ендокринологів та мультидисциплінарних команд при формуванні алгоритмів відбору, передопераційної підготовки та поетапного ведення пацієнтів після значної втрати маси тіла.

Наведений клінічний випадок демонструє, що у пацієнтів після значної втрати маси тіла мультизональні деформації контурів тулуба можуть вимагати поетапної реконструктивно-естетичної тактики, а деформація лобкової ділянки нерідко є провідним джерелом функціонального та психоемоційного дискомфорту. Виконання монспластики як первинного етапу дозволяє усунути найбільш клінічно значущу деформацію, покращити руховий і гігієнічний комфорт, сформувати гармонійніший нижній контур тулуба та забезпечити прогнозований перебіг раннього післяопераційного періоду. Отримані дані підкреслюють важливість передопераційної оцінки й оптимізації метаболічного статусу та мультидисциплінарного підходу при плануванні подальших етапів корекції (зокрема абдомінопластики) після стабілізації маси тіла.

Ключові слова: ожиріння, значна втрата маси тіла, монспластика, абдомінальна контурна хірургія, поетапний підхід.

PUBIC REGION PLASTY (MONSPLASTY) AS A STAGED BODY-CONTOURING PROCEDURE AFTER WEIGHT LOSS IN PATIENTS WITH OBESITY AND CONCOMITANT METABOLIC SYNDROME**Todurov I. M., Plehutsa O. I., Strukov Y. S.**

Abstract. The paper presents a clinical case of surgical correction of mons pubis deformity in a patient with obesity after significant conservative weight loss and concomitant metabolic syndrome. The subject of the study is the evaluation of the clinical feasibility and safety of performing monspasty using a combined vertical-horizontal H-shaped technique as a primary stage of reconstructive body contouring of the lower trunk.

The aim of the study is to demonstrate the possibilities of monspasty as a staged procedure in patients after massive weight loss (MWL) to eliminate the most clinically significant deformity of the mons pubis, reduce mechanical and hygienic limitations, improve quality of life, and create conditions for further planned correction of the anterior abdominal wall (abdominoplasty) after stabilization of body weight and metabolic status.

The study is based on clinical observation and a detailed description of a case involving a 48-year-old patient with grade III obesity and concomitant metabolic disorders, who, after significant conservative weight loss, developed pronounced ptosis of the skin and subcutaneous tissue of the mons pubis region, causing mechanical, hygienic, and psychoemotional discomfort. Prior to surgery, a comprehensive set of clinical, laboratory, and instrumental

examinations was performed to assess metabolic status, identify and verify comorbidities, and stratify perioperative risks. Preoperative marking was also performed. Surgical treatment consisted of monsplasty using a combined vertical-horizontal H-shaped approach as the first stage of reconstructive body contouring of the lower trunk, followed by dynamic postoperative monitoring and evaluation of early outcomes, with planning of subsequent stages of correction (abdominoplasty) after stabilization of body weight and metabolic status.

The early postoperative period after monsplasty had a controlled course: the patient's general condition remained stable, routine dressings were performed, and dynamic monitoring of the postoperative wound was carried out. In the early period after surgery, a reduction in mechanical and hygienic discomfort associated with mons pubis ptosis was observed, along with improved mobility and self-care conditions. The obtained result ensured the formation of a more harmonious lower trunk contour and created conditions for further staged reconstructive procedures (in particular, planned abdominoplasty) after stabilization of body weight and metabolic status.

The results of this clinical observation emphasize the importance of including the assessment of mons pubis deformities in standard preoperative planning of body contouring surgery in patients after massive weight loss, especially in the presence of obesity and metabolic disorders. The described approach demonstrates that monsplasty can be considered a justified primary stage of reconstructive body contouring of the lower trunk aimed at reducing mechanical and hygienic discomfort, improving quality of life, and creating conditions for further surgical interventions (in particular, abdominoplasty) after stabilization of body weight and metabolic status. These findings may be useful for plastic surgeons, bariatric specialists, endocrinologists, and multidisciplinary teams in developing algorithms for patient selection, preoperative preparation, and staged management of patients after MWL.

The presented clinical case demonstrates that in patients after significant weight loss, multizonal body contour deformities may require a staged reconstructive approach, and mons pubis deformity is often a leading source of functional and psychoemotional discomfort. Performing monsplasty as an initial stage allows elimination of the most clinically significant deformity, improvement of mobility and hygienic comfort, formation of a more harmonious lower trunk contour, and ensuring a predictable postoperative course. The findings highlight the importance of preoperative assessment and optimization of metabolic status, as well as a multidisciplinary approach in planning further stages of correction (in particular, abdominoplasty) after stabilization of body weight.

Key words: obesity; massive weight loss; monsplasty; abdominal contouring surgery; staged approach.

ORCID кожного автора та його внесок до статті:

Todurov I. M.: <https://orcid.org/0009-0000-2134-0301>^{AF}

Plehutsa O. I.: <https://orcid.org/0000-0002-5695-6111>^{ABCEF}

Strukov Y. S.: <https://orcid.org/0009-0002-3525-4740>^{BCDE}

Конфлікт інтересів:

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Адреса для кореспонденції

Струков Єгор Сергійович

Державна наукова установа «Центр інноваційних медичних технологій НАН України»

Україна, 04053, м. Київ, Вознесенький узвіз 22

Тел.: +380992791980

Ел. пошта: dr.strukov1@gmail.com

A – концепція роботи та дизайн, **B** – збір та аналіз даних, **C** – відповідальність за статичний аналіз, **D** – написання статті, **E** – критичний огляд, **F** – остаточне затвердження статті.

Ця стаття розповсюджується на умовах ліцензії **Creative Commons Attribution (CC-BY)**, яка дозволяє необмежене використання, поширення та відтворення в будь-якому форматі за умови належного цитування оригінальної роботи © Всі автори, 2026

Стаття надійшла 17.01.2026 року
Стаття прийнята до друку 05.05.2026 року
Опубліковано 27.05.2026 року