

СИМУЛЬТАННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ПОВОДУ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГЕНЕРАТОРА АВТОМАТИЧЕСКОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ СВАРКИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

В. В. Ганжий, И. Ю. Ганжий, П. Н. Циомашко, К. А. Бойко

*Запорожский государственный медицинский университет,
Запорожская государственная медицинская академия последипломного образования,
МСЧ "Мотор Сич", г. Запорожье*

Морбидное ожирение (МО) — это хроническое генетически обусловленное заболевание, при котором индекс массы тела (ИМТ) превышает 40 кг/м² (масса тела на 45 — 50% больше нормальной).

Примерно у 2—4% пациентов МО сочетается с другими заболеваниями (артериальной гипертензией, сахарным диабетом, заболеваниями суставов, позвоночника, варикозной болезнью вен нижних конечностей, дыхательной недостаточностью, ишемической болезнью сердца и др.). Его опасность очевидна: продолжительность жизни таких больных уменьшается в среднем на 12—15 лет.

При крайне выраженных формах МО пациенты становятся глубокими инвалидами, лишаются возможности выходить из дома, самостоятельно обслуживать себя. Практика показывает: существующие методы консервативного лечения МО эффективны не более чем у 5—10% больных.

Лечение МО является актуальной проблемой современной абдоминальной хирургии.

В качестве подготовительного этапа перед основной операцией у 21 больного при суперожирении (ИМТ более 50—70 кг/м²), а также при ИМТ менее 35 кг/м² использовали внутрижелудочный баллон, наполненный жидкостью. Баллон занимает определенную часть объема желудка, что способствует ограничению количества пищи. Утрата массы тела после такого вмешательства составляла от 15 до 20 кг. Существенное уменьшение массы тела обуславливало образование кожно—жировых складок на передней брюшной стенке, в области грудных желез, на ягодицах, плечах, бедрах. У пациентов такие складки, особенно на передней брюшной стенке, достигали значительных размеров, что создавало определенные неудобства в повседневной жизни. Эти последствия относительно легко устраняемы хирургическим путем после стабилизации массы тела. У некоторых пациентов при МО выполняли пластические операции (абдоминопластика — у 37, липосакция — у 41).

Причины, по которым пациенты обращались для выполнения абдоминопластики: избыточное отложение подкожно—жировой клетчатки в виде кожно—жировых складок с образованием так называ-

емого "фартука"; дряблость кожи с наличием растяжек, значительное похудание с провисанием кожи; неэстетическая форма живота с наличием грыжи, диастаза прямых мышц живота.

У 53 пациентов, кроме этих оперативных вмешательств, выполняли симультанные операции (у 21 пациента — лапароскопическую холецистэктомию, у 4 — лапароскопическую фундопликацию и крурорафию при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, у 18 — лапароскопические вмешательства при синдроме поликистоза яичников). У всех пациентов во время выполнения симультанных лапароскопических операций применяли генератор автоматической биологической сварки мягких тканей. Осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде мы не наблюдали, все пациенты живы.

Метод выполнения оперативных вмешательств с использованием генератора автоматической биологической сварки мягких тканей является прогрессивной хирургической технологией, основанной на принципе работы одним инструментом в режимах "сварка" и "резание", основные этапы оперативных вмешательств при этом не отличаются от стандартных. Анализируя недостатки и преимущества применения генератора автоматической биологической сварки мягких тканей и монополярной, а также биполярной электрокоагуляции, следует подчеркнуть значительные различия видеолапароскопической картины ложа желчного пузыря и кисты яичника либо оставшегося яичника при его клиновидной резекции, после гемостаза. Если после электрохирургической обработки ложа кисты яичника либо оставшегося яичника при его клиновидной резекции представляло собой сплошную область коагуляционного некроза, то при применении генератора автоматической биологической сварки мягкой тканью зона термического повреждения печени или оставшейся ткани яичника практически отсутствовала или была минимальна. Применение генератора автоматической биологической сварки мягких тканей позволяет уменьшить продолжительность оперативного вмешательства, делая его технически более простым и удобным для хирурга, а также частоту интраоперационных осложнений.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ШУНТИРОВАНИЯ ЖЕЛУДКА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА

В. В. Грубник, В. П. Голляк, М. С. Кресюн

Одесский национальный медицинский университет

Выраженное алиментарно—конституциональное ожирение (ИМТ более 45—50 кг/м²) чаще всего ассоциируется с нарушением толерантности к глюкозе и сахарным диабетом II типа. Наиболее эффективным методом лечения пациентов является шунтирование желудка (ШЖ). Операцию выполняют в нескольких вариантах (лапароскопическое дистальное и проксимальное ШЖ, ШЖ с использованием силиконового кольца и др.). Нами разработан метод ШЖ с резекцией части желудка и кишечника для уменьшения площади клеток, продуцирующих гастроинтестинальные гормоны. ШЖ — достаточно эффективное оперативное вмешательство для лечения морбидно-

го ожирения, однако влияние операции на течение сахарного диабета II типа недостаточно изучено.

Цель исследования: сравнить эффективность модифицированного и стандартного методов ШЖ при лечении алиментарного ожирения и сахарного диабета II типа.

С 2005 по 2011 г. оперированы 39 пациентов (мужчин — 12, женщин — 27) по поводу морбидного ожирения и сахарного диабета II типа. У 19 пациентов применили стандартное ШЖ (I группа), у 20 — ШЖ по модифицированной методике (II группа). Возраст пациентов I группы от 29 до 64 лет, в среднем 40 лет, II группы — от 30 до 56

лет, в середньому 37 лет. Индекс массы тела в I группе — 46,5 кг/м², во II группе — 54,2 кг/м². У 10 (52,6%) больных I группы и у 11 (73,3%) — II группы проведена инсулинотерапия. Стойкое снижение уровня глюкозы до нормы в обеих группах достигнуто у 35 (89,7%) больных.

К сожалению, не было возможности напрямую определить у пациентов содержание гастроинтестинальных гормонов до и после операции. В то же время данные о снижении уровня инсулина, глюкозы, гликозилированного гемоглобина после операции косвенно свидетельствовали об изменении уровня гастроинтестинальных гормонов.

Несмотря на то, что у всех пациентов было выраженное ожирение и тяжелые сопутствующие заболевания, после операции все

они живы. В отдаленном послеоперационном периоде (через 3 года) избыточная масса тела в I группе уменьшилась в среднем на 62,8%, во II группе — на 89,3% ($P < 0,01$). ИМТ в I группе снизился на 36,2 кг/м², во II группе — более выражено и стойко — на 29,8 кг/м². Полное устранение симптомов сахарного диабета II типа после ШЖ отмечено у 10 (53%) пациентов I группы и у 15 (75%) — II группы.

Таким образом, предварительные результаты достаточно отчетливо и достоверно показывают, что модифицированный метод ШЖ более эффективен в плане уменьшения массы тела и устранения симптомов сахарного диабета II типа.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ БАНДАЖЕЙ РАЗЛИЧНОЙ КОНСТРУКЦИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АЛИМЕНТАРНО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ

В. В. Грубник, В. П. Голляк, М. С. Кресюн

Одесский национальный медицинский университет

Лапароскопическое регулируемое бандажирование желудка (ЛРБЖ) одно из наиболее частых вмешательств для лечения ожирения в Европе и США. Метод достаточно хорошо изучен и отработан. Тем не менее, многие авторы отмечают влияние конструкции бандажа на частоту послеоперационных осложнений и динамику уменьшения избыточной массы тела. В настоящее время используют регулируемые бандажи высокого и низкого давления.

Цель исследования: сравнение результатов ЛРБЖ с использованием бандажей MiniMizer и LapBand (Allergan) в отдаленном послеоперационном периоде с учетом степени уменьшения массы тела и частоты осложнений.

В период с 2004 по 2012 г. ЛРБЖ выполнено у 185 пациентов по поводу ожирения. Бандажи высокого давления и небольшого объема внутреннего резервуара MiniMizer и Эндомед (Украина) использованы у 81 пациента (I группа), бандажи с низким давлением и большим объемом LapBand (Allergan) — у 104 (II группа). Диаметр соустья между сформированными резервуарами желудка регулировали в плановом порядке в обеих группах в период от 3 до 6 мес. Индекс массы тела (ИМТ) в I группе составил от 35 до 62 кг/м², в среднем 45 кг/м², во II группе от 35 до 70 кг/м², в среднем 46,5 кг/м².

Медиана %EWL (уменьшение избыточной массы тела) у больных I группы через 1, 3, 6, 12, 24, 36 мес после операции составила соответственно 10, 17, 34, 50, 54%, периодичность наблюдения в среднем 6,5 посещения. II группы — 9, 18, 38, 69, 72%, периодичность наблюдения — 8,4 посещения.

Ранние послеоперационные осложнения в сроки до 4 сут возникли у 2 пациентов I группы, в виде умеренной дилатации верхнего резервуара желудка и отека в области соустья, во II группе — ранний слиппедж—синдром, что обусловлено конструктивными особенностями бандажа.

Поздние послеоперационные осложнения наблюдали у 14 больных I группы и у 3 — II группы.

Операции по поводу осложнений выполнены у 8 пациентов I группы и у 2 — II группы ($P < 0,05$).

Предварительные результаты свидетельствуют, что лапароскопическое ЛРБЖ является достаточно эффективной процедурой. Лучшие результаты отмечены у пациентов II группы при использовании бандажей низкого давления, что обусловлено конструктивными особенностями бандажа, которые позволяют более точно регулировать величину соустья и исключить образование областей высокого давления на стенку желудка.

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ГЕРНІОПЛАСТИКИ З ПРИВОДУ ОЖИРІННЯ

І. Я. Дзюбановський, В. І. Пятночка

Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського

В Україні ожиріння виявляють у 28,5% пацієнтів, надмірну масу тіла — у 48%. У хворих за супутнього ожиріння ризик утворення після операції грижі черевної стінки збільшується до 20%. Незважаючи на широке впровадження сучасних методів герніопластики без натягу тканин, частота рецидивів грижі після герніопластики з використанням місцевих тканин становить близько 50%, після алогерніопластики — 5%. Після алогерніопластики в умовах ожиріння у хворих частіше виникають сероми, нагноєння, відторгнення протеза, рецидивування. Неадекватно виконана операція з подальшим виникненням рецидиву значно погіршує якість життя пацієнтів, вони втрачають віру у можливість лікування і повернення до нормальної життя.

Мета дослідження: оцінити якість життя пацієнтів у віддаленому післяопераційному періоді для вибору оптимального хірургічного підходу і розробки заходів щодо запобігання рецидивів, ускладнень, що забезпечить успіх операції, зміцнить віру пацієнта у лікування і можливість покращення якості життя.

Проаналізовані післяопераційні ускладнення та оцінено якість життя 97 пацієнтів, оперованих у плановому порядку з приводу післяопераційної грижі черевної стінки, з супутнім ожирінням за період 2006 — 2010 рр. Вивчали пізні післяопераційні ускладнення та якість життя пацієнтів, у яких здійснено пластику з використанням місцевих тканин та сітчастого імплантата, а також дерматоліпектомію за Pitanguy та Lockwood симультанно з алогерніопластикою.