

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОЖИРЕНИИ

О. В. Галимов, В. О. Ханов, А. В. Шкундин, Д. М. Зиганишин, З. Р. Габдулсабиров, О. Д. Горбанев
Бакирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия

В последние годы в мире возрос интерес врачей различных специальностей к проблеме ожирения. Это обусловлено значительным увеличением частоты этого заболевания, которое в развитых странах приобретает характер социально значимой патологии. Кроме уменьшения продолжительности жизни, при ожирении значительно снижается трудоспособность, часто возникает инвалидность, что обуславливает его социальную значимость.

Хирургическое лечение пациентов с ожирением требует особого подхода, как во время предоперационной подготовки, так и при выполнении и после операции, что обусловлено наличием сопутствующих заболеваний жизненно важных органов и систем.

Целью исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения сопутствующих заболеваний у пациентов с ожирением с применением миниинвазивных технологий.

Обследованы 59 пациентов с различными хирургическими заболеваниями органов брюшной полости на фоне ожирения. Наиболее часто у пациентов при ожи-

рении выявляли желчнокаменную болезнь, хронический и острый холецистит, грыжу брюшной стенки, гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ) вследствие образования грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

Ожирение III — IV степени отмечено у 37 больных, индекс массы (ИМТ) у них превышал 26 кг/м^2 , у 3 — патологические формы ожирения (ИМТ более 45 кг/м^2). У 31 пациента диагностирована желчнокаменная болезнь, у них выполнена лапароскопическая холецистэктомия. У 15 пациентов произведено грыжесечение по поводу грыжи белой линии живота и пупочной. По поводу ГЭРБ при наличии грыжи пищеводного отверстия диафрагмы у 13 больных осуществлено лапароскопическое наложение фундопликационной манжеты по методу Ниссена.

Таким образом, избыточная масса тела обуславливает возникновение хирургических заболеваний органов брюшной полости. Применение миниинвазивных технологий у больных с ожирением позволяет корректировать эту патологию и достичь хороших отдаленных результатов.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ БАНДАЖИРОВАНИЕ ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ С СУПЕРОЖИРЕНИЕМ

В. В. Грубник, В. П. Голяк, А. В. Грубник

Одесский государственный медицинский университет

Актуальным вопросом сегодня является выбор метода лечения ожирения, который обеспечивал бы уменьшение избыточной массы тела и условия для стабилизации ее в пределах нормы в течение длительного времени. К сожалению, консервативное лечение ожирения с применением диетологических протоколов питания в сочетании с препаратами центрального и периферического действия, не обеспечивает долгосрочных результатов, рецидив заболевания возникает через 3 — 4 мес после прекращения терапии в 95% наблюдений.

Лапароскопическое бандажирование желудка — наиболее распространенный метод хирургического лечения ожирения. Показаниями к его выполнению являются:

- индекс массы тела (ИМТ) 35 кг/м^2 при наличии сопутствующих заболеваний;
- ИМТ 40 кг/м^2 ;
- ИМТ 50 кг/м^2 и более как этапное вмешательство, в качестве подготовительного этапа для дальнейшего шунтирования желудка.

Цель: изучить эффективность лапароскопического бандажирования желудка у пациентов с ИМТ, превышающим 50 кг/м^2 .

За период с 1996 по 2009 г. лапароскопическое бандажирование желудка выполнено у 147 пациентов, 109 (74%) женщин и 38 (26%) мужчин. Возраст больных от 17 до 58 лет, в среднем ($32,7 \pm 3,2$) года, масса тела — (116 ± 8) кг, ИМТ от $34,5$ до $62,2 \text{ кг/м}^2$, в среднем ($47,3 \pm 2,1$) кг/м^2 . У 27 пациентов ИМТ превышал 50 кг/м^2 .

Для выполнения оперативного вмешательства использовали 4 троакара, ретрактором поднимали левую долю печени, вскрывали печеночно—желудочную связку в бессосудистой зоне. Отодвигая малый сальник медиально, производили диссекцию правой ножки диафрагмы. Путем тупой диссекции создавали туннель позади желудка. Вскрывали желудочно—диафрагмальную связку слева и проводили специальный изгибающийся инструмент позади кардиального отдела желудка. Зажимом захватывали силиконовую трубку регулирующей системы и протягивали силиконовый бандаж позади желудка. Манжету застегивали и фиксировали к передней стенке желудка. После операции масса тела уменьшалась до нормальных показателей в течение 12 — 16 мес.

Выполнение лапароскопического бандажирования желудка у пациентов при супероожирении (ИМТ 50 кг/м^2 и более) имело ряд особенностей. Использовали 5 точек

введения троакарів (дополнительный порт применяли для установки печеночного ретрактора). У всех пациентов отмечена выраженная гипертрофия жировой клетчатки в брюшной полости, в связи с чем был затруднен этап выделения желудочно—печеночной и диафрагмально—желудочной связок для проведения бандажа. При выборе регулируемого бандажа использовали максимально большие манжеты, поскольку при их установлении в бандаж, помимо желудка, включается околожелудочная жировая клетчатка, что затрудняет этап закрепления бандажа.

После операции первое регулирование бандажа проводили через 3 мес. У 12 пациентов уменьшение избыточной массы тела до нормальных показателей (ИМТ 29 кг/м²) происходило в течение 24 мес.

У 10 пациентов при незначительном уменьшении массы тела выполнено шунтирование желудка, что предусматривало вертикальное прошивание и пересечение желудка с формированием проксимального резервуара объемом 15 — 20 мл с дистальным гастрощунтированием (длина билиопанкреатической петли составляла 100 — 120 см, алиментарной — 150 — 160 см).

У 5 пациентов в связи с риском повреждения желудка при снятии бандажа выполнено шунтирование про-

ксимального резервуара без его снятия по собственной методике, которая предусматривает объединение рестриктивного и мальабсорбтивного компонентов (декларационный патент Украины 64161А от 24.02.03).

После операции все пациенты живы.

У больных после повторного шунтирования желудка отмечено уменьшение массы тела (ИМТ 27 — 33 кг/м²) в течение 1 — 1,5 года. Наиболее выраженный эффект наблюдали у пациентов, оперированных с использованием предложенной нами методики проксимального шунтирования, что позволило достичь уменьшения массы тела до 25 — 27 кг/м² в течение 1,5 года.

Ранний демпинг—синдром диагностирован у 2 пациентов, оперированных по методу Mason—Ito, обусловлен увеличением диаметра соустья в области гастроэнтероанастомоза до 15 мм. По данным пробы Фишера демпинг—синдром расценен как тяжелый.

Таким образом, лапароскопическое бандажирование желудка может быть применено для лечения пациентов с ИМТ, превышающим 50 кг/м². Если рестриктивный метод недостаточно эффективен, возможно шунтирование желудка.

ПОВТОРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОСЛЕ БАНДАЖИРОВАНИЯ ЖЕЛУДКА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АЛИМЕНТАРНО—КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ

В. В. Грубник, А. В. Грубник, В. П. Голяк

Одесский государственный медицинский университет

Сегодня неоспоримо доказана высокая эффективность бариатрических оперативных вмешательств для лечения ожирения. Их использование обеспечивает стабильное длительное уменьшение массы тела до нормальных показателей у 98% пациентов с алиментарно—конституциональным ожирением.

Бандажирование желудка является наиболее распространенным методом лечения пациентов с ожирением при индексе массы тела (ИМТ) 35 — 45 кг/м². Внедрение миниинвазивных технологий, совершенствование конструкции колец и методов выполнения оперативного вмешательства позволили значительно уменьшить частоту осложнений, однако не решен вопрос выбора методов выполнения повторных операций при их возникновении.

Цель: изучить возможности выполнения повторных операций при осложнениях бандажирования желудка.

За период с 1996 по 2009 г. лапароскопическое бандажирование желудка выполнено у 147 пациентов, 109 (74%) женщин и 38 (26%) мужчин. Возраст больных от 17 до 58 лет, в среднем (32,7 ± 3,2) года, масса тела — (116 ± 8) кг, ИМТ от 34,5 до 62,2 кг/м², в среднем (47,3 ± 2,1) кг/м².

Повторные лапароскопические вмешательства после лапароскопического бандажирования желудка выполнены у 26 (17,6%) больных.

Показаниями к повторному вмешательству были:

— дислокация бандажа в дистальном направлении с возникновением дисфагии — у 3 больных, им произведена лапароскопическая переустановка кольца с хорошими ближайшими и отдаленными результатами;

— выраженная дисфагия после бандажирования желудка на фоне развившегося слипедж—синдрома или стеноза соустья между резервуарами желудка — у 7 пациентов. У 3 больных по поводу смещения силиконового кольца, функционального стеноза в области соустья выполнена лапароскопическая переустановка бандажа желудка. У одной больной возник поздний слипедж—синдром, силиконовое кольцо удалено, однако из—за выраженного спаечного процесса установить новое кольцо не представилось возможным. У 3 пациентов, которым ранее наложен ленточный бандаж из комбинированной сетки, возник стеноз в области соустья. Во время операции выявлен спаечный процесс в месте установленного сетчатого бандажа, выделить и удалить который без повреждения стенки желудка было невозможно, в связи с этим выполнена операция шунтирования желудка без удаления бандажа. При осмотре пациентов через 6 — 12 мес после операции уменьшение массы тела продолжалось, через 12 мес ИМТ составил в среднем 26,8 кг/м². Дисфагические явления отсутствовали;

— неадекватное уменьшение массы тела вследствие миграции бандажа в просвет желудка. Наиболее тяжелое осложнение бандажирования желудка, наблюдали у 9