

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

больных. Всем произведено повторное лапароскопическое вмешательство, гастротомия с извлечением и удалением силиконового бандажа. У 7 пациентов при ИМТ более 50 кг/м² вторым этапом выполняли шунтирование желудка по стандартной методике;

— неадекватное уменьшение массы тела вследствие дилатации соустья при использовании нерегулируемого бандажа — у 5 пациентов. У 3 из них выполнено шунтирование желудка без удаления бандажа, у 2 — нерегулируемый бандаж заменен регулируемой силиконовой манжетой, что обеспечило адекватное уменьшение массы тела в дальнейшем.

Таким образом, выбор повторного бариатрического вмешательства после недостаточно эффективного лапароскопического бандажирования желудка зависит от вида бандажа, выраженности спаечного процесса, величины ИМТ. Так, при невозможности удаления бандажа можно использовать метод шунтирования желудка без удаления манжеты, переустановка бандажа рекомендуется пациентам при ИМТ, не превышающем 40 кг/м².

Дальнейшее изучение эффективности повторных оперативных вмешательств после лапароскопического бандажирования желудка является актуальным и чрезвычайно важным разделом бариатрической хирургии.

ВПЛИВ АБДОМІНОПЛАСТИКИ НА ВМІСТ ЛІПІДІВ У СИРОВАТЦІ КРОВІ У ХВОРИХ НА ОЖИРІННЯ

О. І. Дронов, Л. О. Рощина, В. І. Федорук, Є. Ю. Буров, П. В. Федорук, Ю. П. Швець

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця МОЗ України, м. Київ

Актуальним розділом сучасної естетичної та пластичної хірургії є торсопластика, яка передбачає корекцію силуету тіла людини. Деформація черевної стінки значною мірою зумовлена локальним надмірним відкладанням підшкірної жирової клітковини. Більшість (до 70%) пацієнтів, яким показана хірургічна корекція передньої черевної стінки, хворіють на ожиріння. Важливість проблеми ожиріння визначається загрозой інвалідизації осіб молодого віку, зменшенням тривалості життя внаслідок виникнення супутніх захворювань. До них належать цукровий діабет II типу, артеріальна гіпертензія, дисліпідемія, гіперурикемія, репродуктивна дисфункція, жовчнокам'яна хвороба, остеоартрит, деякі онкологічні захворювання.

Артеріальна гіпертензія при ожирінні виникає у 2,9 разу частіше, ніж в осіб без ожиріння; гіперхолестеринемія — у 2,1 разу, цукровий діабет — у 2,9 разу. За збільшення маси тіла на 0,4 кг ризик смерті в осіб віком 52 — 62 років підвищується на 2%, в осіб віком 30 — 49 років — на 1%. Відкладання в організмі 4 — 5 кг надмірної жирової тканини спричиняє зміни ліпідного спектру крові, що зумовлює виникнення атеросклерозу. Отже, проблема ожиріння потребує детального вивчення.

Метою дослідження є вивчення впливу видалення з організму певного об'єму жирової тканини на обмін ліпідів.

Досліджений спектр ліпідів у 58 пацієнток з різними видами деформації передньої черевної стінки та ожиріння, яким здійснена абдомінопластика. Вік пацієнток у середньому (43,6 ± 1,7) року. Маса видаленого шкірно-жирового клаптя 1000 — 10 500 г. До контрольної групи увійшли 27 пацієнток віком у середньому (37,5 ± 4,3) року без ознак порушення жирового обміну, серцево-судинних захворювань, яким абдомінопластику не виконували. Для уточнення ліпідного спектру сироватки крові визначали вміст у крові загального холестерину (ХС_{заг.}), холестерину (ХС) ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ), тригліцеридів (ТГ). Ліпопротеїди виділяли з плазми шляхом ультрацентрифугування, їх концен-

трацію визначали ензиматичним методом за допомогою автоаналізатора "Центрихем 6000". На основі отриманих даних обчислювали вміст ХС ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) та дуже низької щільності (ХС ЛПДНЩ) за формулою Фридвальда: ХС ЛПДНЩ = ТГ/5; ХС ЛПНЩ = ХС_{заг.} — (ХС ЛПДНЩ + ХС ЛПВЩ). Отриманий матеріал оброблений методом варіаційної статистики.

За даними аналізу ліпідного спектру у пацієнток після виконання абдомінопластики і контрольної групи виявлене збільшення вмісту загального холестерину — до 6,2 ммоль/л у порівнянні з таким у контрольній групі — 4,8 ммоль/л за рахунок ХС ЛПНЩ — відповідно 5,8 і 3,2 ммоль/л. Це свідчить про порушення ліпідного обміну у пацієнток з ожирінням і характеризує його як гіперліпідемію ІІа типу (надмірна кількість ХС ЛПНЩ). В зразках крові, відібраних перед операцією, відзначали помірне зменшення концентрації загального холестерину (до 5,4 ммоль/л) за рахунок ХС ЛПДНЩ (0,82 ммоль/л) та ТГ (1,2 ммоль/л), що пояснювалось аліментарним фактором, зумовленим передопераційною підготовкою (зменшення вмісту хіломікронів та ЛПДНЩ). Після абдомінопластики на 14-ту добу відзначали зниження рівня загального холестерину (до 4,8 ммоль/л) за рахунок ХС ЛПНЩ (2,9 ммоль/л) та ХС ЛПДНЩ (0,3 ммоль/л). Жирова тканина є депо ТГ. Вони складають майже 65% маси жирової тканини, що є 95% усіх ТГ, що циркулюють в крові. Основною транспортною формою ТГ є ЛПДНЩ, а також хіломікрони і ЛПНЩ. В кров'яному руслі під впливом ліполітичних ферментів з хіломікронів ЛПНЩ та ЛПДНЩ утворюються жирні кислоти. Збалансованість процесів синтезу та розпаду ТГ дозволяє підтримувати масу тіла на відносно постійному рівні. Внаслідок видалення жирової тканини під час абдомінопластики зменшується депо ТГ, що зумовлює зменшення надходження неестерифікованих жирних кислот (НЕЖК) з депо до кров'яного русла. Через це зменшується синтез ЛПДНЩ. Одночасно відбувається посилення катаболізму хіломікронів, ЛПДНЩ, ЛПНЩ в крові, що спрямоване на підтримку концент-