

Міністерство охорони здоров'я України
Асоціація хірургів України
Національний інститут хірургії та трансплантології
імені О. О. Шалімова НАМН України

КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 8 (809) серпень 2010
Щомісячний науково-практичний журнал



Заснований у червні 1921 р.
Нагороджений
КРИСТАЛЕВИМ РОГОМ ДОСТАТКУ
Міжнародного Академічного Рейтингу
популярності та якості
«Золота Фортуна»

Редактор
Г. В. Остроумова
Коректор
О. П. Заржицька

Затверджений постановою президії ВАК України
від 10.02.10 № 1-05/1.

Свідоцтво про державну реєстрацію:
серія KB № 1033.

Адреса редакції:
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30,
редакція журналу «Клінічна хірургія».
Тел./факс (- 044) 408.18.11, <http://hirurgiya.com.ua>
e - mail: info@hirurgiya.com.ua
jcs@fm.com.ua

Передплатний індекс 74253

Підписано до друку 27.07.10. Формат 60 × 84/8.
Друк офсетний. Папір офсетний. Ум. друк. арк. 8.
Обл. вид. арк. 7,88. Тираж 1 500.
Замов.394

Видавець
ТОВ «Ліга-Інформ»
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30.
Тел./факс (- 044) 408.18.11.
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
суб'єктів видавничої справи
ДК № 1678 від 04.02.04.

Надруковано з готових фотоформ
в друкарні ТОВ «Лазурит-Поліграф»
04048, м. Київ, вул. Костянтинівська, 73,
тел./факс (- 044) 417.21.70.

Розмноження в будь-якій формі матеріалів, опублікованих в
журналі, можливе тільки з письмового дозволу редакції.

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе
рекламодавець.

ISSN 0023-2130



9 770023 213008 >

© Клінічна хірургія, 2010
© Ліга — Інформ, 2010

ISSN 0023 - 2130



КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 8 (809) серпень 2010

Головний редактор
М. Ю. Ничитайло

Заступник
головного редактора
С. А. Андреєщев

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

М. Ф. Дрюк
М. П. Захараш
В. І. Зубков
Г. В. Книшов
Г. П. Козинець
В. М. Копчак
О. Г. Котенко
Д. Ю. Кривченя
В. В. Лазоришинець
О. С. Ларін
П. М. Перехрестенко
С. Є. Подпрятів
Ю. В. Поляченко
А. П. Радзіховський
Б. В. Радіонов
А. В. Скумс
І. М. Тодуров
О. Ю. Усенко
Я. П. Фелештинський
В. І. Цимбалюк
В. В. Чорний
С. О. Шалімов
П. О. Шкарбан

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Я. С. Березницький
В. В. Бойко
М. М. Велігоцький
В. В. Ганжий
Б. С. Запорожченко
І. В. Іоффе
Л. Я. Ковальчук
П. Г. Кондратенко
І. А. Криворучко
В. І. Лупальцов
О. С. Ніконенко
М. П. Павловський
В. В. Петрушенко
В. І. Русин
Ю. С. Семенюк
В. М. Старосек
А. І. Суходоля
С. Д. Шаповал

ответственно более 87 и 21 см, а также толщины кожно-жирового фартука более 4 см.

Выводы

1. Ожирение является реальным фактором риска формирования грыжи. Пациентам с ожирением тяжелой степени необходимо проведение целенаправленно-

го обследования (в том числе с применением ультразвукового исследования) для своевременной диагностики грыжи и осуществления плановой герниопластики.

2. Высокая корреляционная зависимость между фенотипическими признаками грыжи и ожирения свидетельствует о необходимости продолжения исследований этих заболеваний.

РАННИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ SLEEVE РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

Н. Н. Миллица, К. Н. Миллица

Запорожская медицинская академия последипломного образования

В настоящее время свободный доступ к информации в интернете дает пациенту возможность быть всемерно осведомленным о существующих методах лечения, их достоинствах и недостатках, а необходимость оплаты технического и фармакологического обеспечения операций обуславливают реальность их применения.

Целью работы было изучение исхода оперативных вмешательств, способ выполнения которых определен желанием пациентов.

Две молодые женщины (в возрасте 28 и 29 лет), у которых индекс массы тела составлял 37,2 и 43,8 кг/м², обратились в клинику по поводу выполнения им шунтирующих операций на желудке. Они аргументированно и категорично отказались от установления внутрижелудочного баллона и бандажирования желудка. Выбор шунтирующих операций они обосновали пожизненной стойкостью результата по нормализации массы тела и реальной оценкой отсутствия возможности самоограничения при употреблении пищи (пищевое удовольствие). Поскольку билиопанкреатическое шунтирование является далеко не безопасной процедурой (возможно возникновение таких метаболических нарушений, как белковая недостаточность, авитаминоз, остеопороз и др.) и не показано в данной ситуации, в его выполнении им было отказано. Альтернативой стала достаточно новая, но уже хорошо зарекомендовавшая себя во всем мире, методика sleeve резекции желудка. Преимуществами ее являются техническая простота, отсутствие имплантации инородных материалов и необходимости их последующей регуляции, отсутствие необходимости применения препаратов железа или витаминов, хорошие ближайшие результаты, возможность при необходимости дополнить операцию в будущем шунтированием кишечника.

Противопоказаний к выполнению такого вмешательства у пациенток не было.

После дооперационного обследования, получения информированного согласия и проведения стандартной предоперационной подготовки обеим пациенткам произведена sleeve резекция желудка. Обе операции выполнены с использованием верхнего срединного лапаротомного доступа, поскольку приобретение расходных инструментов для лапароскопической операции оказалось за пределами финансовых возможностей пациенток.

Продолжительность операции у одной пациентки 3 ч, у другой — 2 ч 10 мин. Основным затруднением во время операции был выбор линии резекции желудка.

Течение послеоперационного периода без осложнений, назогастральные зонды удалены на 3-и сутки. Пациентки выписаны на 7-е сутки. Через 1 мес после операции обе пациентки оценивают результат как отличный. Объем принимаемой за 1 раз пищи составляет 150 — 200 мл, после чего наступает чувство полного насыщения. Одна пациентка жалуется на запор.

Данные измерений объективно подтверждают отличную субъективную оценку пациентками результатов операций.

Выводы

1. Ранние послеоперационные результаты свидетельствуют, что sleeve резекция является достойной альтернативой другим бариатрическим операциям.

2. Для получения достоверных результатов и возможности расширения показаний к применению метода у пациентов с ожирением требуется проведение дополнительных исследований с анализом отдаленных результатов у большого контингента пациентов.



- 23-24 **Милица К. Н., Милица Н. Н.**
Ожирение и формирование грыжи: имитация или реальность
- 24-24 **Милица Н. Н., Милица К. Н.**
Ранние результаты sleeve резекции желудка
- 25-25 **Мунтян О. С., Абросимова Н. А., Гелевер І. О.**
Особливості ведення хворих на ожиріння після операцій з приводу грижі черевної стінки
- 26-26 **Петрушенко В. В., Шапринський В. О., Папинський Я. М., Ковальчук В. П., Антонюк Є. С.**
Оперативне лікування великих гриж черевної стінки з одночасною абдомінопластикой
- 26-27 **Подпрятков С. Є., Гичка С. Г., Подпрятков С. С., Зубарев В. Г., Микитенко І. Ю., Корчак В. П.**
Морфологічні та пропульсивні особливості відділів тонкого кишечника
- 27-28 **Польовий В. П., Царюк Ю. С., Безручко А. В., Сірий В. М., Фундюр В. Д., Георгіца В. М.**
Досвід виконання бариатричних операцій на Буковині
- 28-29 **Скиба В. В., Бабенков Г. Д., Лисайчук Ю. С., Яцишин І. В., Торба А. В., Тарапон О. Ю., Батына В. П., Яворский И. И.**
Поэтапное хирургическое лечение морбидного ожирения
- 29-29 **Спаринш Д. Е., Ковальчук П. П.**
Опыт применения интрагастральных ВІВ-баллонов для лечения ожирения
- 30-30 **Спаринш Д. Е., Резник В. В., Дука Р. В.**
Планирование хирургического лечения ожирения
- 30-32 **Счастный В. М., Игнатов И. Н.**
Интрагастральный баллон - второй шаг на пути уменьшения массы тела
- 32-33 **Тарапон О. Ю., Бабенков Г. Д., Торба А. В.**
Применение внутрижелудочного баллона в лечении ожирения
- 33-34 **Теплий В. В., Безродний Б. Г., Циганок І. М.**
Можливі механізми впливу ліпосакції на жировий метаболізм
- 34-34 **Терешкевич І. С.**
Роль гастроінтестинальної ендоскопії в лікуванні ускладнень після бариатричних операцій
- 35-35 **Тодуров І. М., Білянський Л. С., Косюхно С. В., Перехрестенко О. В.**
Лікувальна тактика у хворих за наявності гігантських дефектів черевної стінки на тлі морбидного ожиріння
- 36-37 **Тивончук О. С., Лаврик А. С.**
Порівняння віддалених результатів шунтування та бандажування шлунка
- 37-38 **Тывончук А. С., Лаврик А. С., Дмитренко Е. Д., Згонник А. Ю.**
Применение миниинвазивных гастроограничительных технологий в бариатрической хирургии
- 38-39 **Усенко О. Ю., Манойло М. В., Кондратенко Б. М.**
Особливості хірургічного лікування рубцевих гриж у хворих на ожиріння
- 39-39 **Царюк Ю. С., Царюк А. Ю., Георгіца В. М., Георгіца Д. І., Фундюр В. Д., Фундюр Ю. В.**
Впровадження на Буковині ендогастральних балонів фірми "Perfect Shape"
- 39-40 **Цветков Б. Ю., Степанов Д. Ю., Соколов А. Б., Мешков С. В.**
Опыт применения регулируемого бандажа желудка в лечении морбидного ожирения
- 40-41 **Цветков Б. Ю., Степанов Д. Ю., Соколов А. Б., Мешков С. В.**
Выбор вида бариатрического вмешательства у пациентов с ожирением и метаболическим синдромом
- 41-41 **Цветков Б. Ю., Степанов Д. Ю., Соколов А. Б., Мешков С. В.**
Использование различных модификаций гастрешунтирования при лечении патологического ожирения
- 42-42 **Цветков Б. Ю., Степанов Д. Ю., Соколов А. Б., Мешков С. В.**
Способ хирургической коррекции синдрома мальабсорбции, возникшей после шунтирования кишечника
- 42-43 **Шевцов О. В., Вольгов Л. А., Цветков Б. Ю., Степанов Д. Ю., Соколов А. Б., Мешков С. В.**
Особенности анестезиологического обеспечения при выполнении эндохирургических вмешательств по поводу патологического ожирения
- 43-44 **Яшков Ю. И., Бекузаров Д. К., Никольский А. В.**
Оптимизация билиопанкреатического шунтирования с продольной резекцией желудка при лечении ожирения и сахарного диабета II типа

ПРОБЛЕМИ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

- 45-50 **Мошківський Г. Ю.**
Роль черезшкірних втручань під контролем ультразвукового дослідження у лікуванні позаорганних післяопераційних обмежених скупчень рідини
- 51-54 **Сулейманов М. М., Аллахвердиев А. Г.**
Иммунные нарушения при разлитом огнестрельном перитоните