

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

КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО РАБДОМІОЛІЗУ У ХВОРИХ НА ОЖИРІННЯ

С. В. Малик, С. П. Кравченко, О. С. Осінов, М. В. Безручко

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Рабдоміоліз (гострий некроз скелетних м'язів) — це патологічний стан, що виникає внаслідок руйнування міоцитів скелетних м'язів і супроводжується ендемічною інтоксикацією, порушенням ниркової фільтрації та можливою гострою нирковою недостатністю. Післяопераційний рабдоміоліз виникає внаслідок тривалої компресії м'язів у нефізіологічних хірургічних позиціях під час виконання оперативних втручань тривалістю понад 4,5 — 5 год, також провідними чинниками його появи є ожиріння, цукровий діабет, фізичний статус за ASA більше II класу.

Актуальність проблеми зумовлена збільшенням кількості пацієнтів з ожирінням, яким з того чи іншого приводу виконують оперативні втручання. Частота виникнення післяопераційного рабдоміолізу у хворих з ожирінням становить від 6 до 75%.

Попри значну кількість таких пацієнтів, проблема рабдоміолізу в літературі недостатньо висвітлена, що спонукає до пошуку нових підходів у профілактиці, ранній діагностиці та лікуванні цього ускладнення.

Метою дослідження було визначення тяжкості ендемічної інтоксикації у пацієнтів з ожирінням після тривалих оперативних втручань, аналіз показників міоглобіну сечі та активності креатинфосфокінази (КФК) до та після операції.

Проаналізовані результати хірургічного лікування 29 пацієнтів з захворюваннями органів черевної порожнини та ожирінням II — III ступеня. Індекс маси тіла (ІМТ) становив від 36 до 48 кг/м², у середньому 41,6 кг/м². Пацієнти розподілені на три групи: I група — 12 пацієнтів, тривалість оперативного втручання у яких становила 1 — 2 год, II група — 10 пацієнтів, тривалість

операції 2 — 4 год, III група — 7 пацієнтів, тривалість операції понад 4 год. За віком, статтю, тяжкістю стану хворих при госпіталізації групи були зіставні. Вік хворих у середньому (57 ± 2) роки. Усі пацієнти у стаціонарі обстежені в повному обсязі, оперативне втручання виконували під ендотрахеальним наркозом. Динаміку результатів оцінювали шляхом аналізу даних у 3 ключові періоди: перед операцією, на першу і другу добу після неї. Як маркери рабдоміолізу використовували визначення вмісту міоглобіну в сечі та активності КФК. Також оцінювали місцеві і загальні клінічні прояви рабдоміолізу.

До операції показники були в межах норми. При визначенні маркерів некрозу м'язів у 1-шу добу після операції у 4 (40%) пацієнтів II групи і 4 (57%) — III групи відзначено збільшення показників у 5 разів у порівнянні з нормою. В одного пацієнта III групи спостерігали клінічні симптоми рабдоміолізу. На 2-гу добу після операції спостерігали незначне зниження активності КФК у 3 (75%) пацієнтів II групи і 2 (50%) — III групи. Вміст міоглобіну в сечі достовірно не змінювався.

Отже, на основі отриманих даних дослідження маркерів рабдоміолізу ми дійшли висновку, що у хворих на ожиріння після тривалих оперативних втручань в до- та ранньому післяопераційному періоді виявлено достовірну залежність тяжкості ендемічної інтоксикації від тривалості хірургічного втручання; ризик виникнення рабдоміолізу підвищується за тривалості операції понад 4 год; рання діагностика гострого некрозу скелетних м'язів у хворих на ожиріння необхідна для попередження, ранньої діагностики та лікування можливих фатальних ускладнень.

ОЖИРЕНИЕ И ФОРМИРОВАНИЕ ГРЫЖИ: ИМИТАЦИЯ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ

К. Н. Милица, Н. Н. Милица

Запорожская медицинская академия последипломного образования

Ожирение (в том числе отвислый живот) формирует фенотипическое представление о наличии грыжи брюшной стенки. Однако вопросы степени влияния ожирения на возможность грыжеобразования дискуссионны. Целью работы было изучение фенотипических признаков ожирения и грыжи, а также определение достоверности их взаимозависимости.

Обследованы 580 пациентов, изучены более 100 параметров, которые могли бы быть связаны с образованием грыжи и/или ожирения. Пациенты распределены на две группы: 1-ю группу составили 419 пациентов без грыжи, 2-ю группу — 161 больной с грыжей передней брюшной стенки различных размеров и локализации.

Диагноз ожирения устанавливали на основе следующих показателей: рост и масса тела, индекс массы тела (ИМТ), окружность живота, окружность талии, сагиттальный диаметр живота, окружность плеча и окружность бедра.

Установлено, что рост пациентов, окружность бедра, окружность плеча не имеют достоверной связи с образованием грыжи, в то же время масса тела, и соответственно, ИМТ достоверно больше у пациентов с грыжей, причем, фактором риска возникновения грыжи является ИМТ более 30,2 кг/м².

При грыже достоверно чаще отмечали увеличение размеров талии и сагиттального диаметра живота — со-

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 морбідного 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