

© Л. Я. КОВАЛЬЧУК, А. Д. БЕДЕНЮК, І. І. ЧОНКА, Ю. М. ФУТУЙМА, І. І. СМАЧИЛО, А. І. БАЛАБАН

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського, КЗ ТОР "Тернопільська університетська лікарня"

До питання ліподермопластики у хворих на ожиріння

L. YA. KOVALCHUK, A. D. BEDENYUK, I. I. CHONKA, YU. M. FUTUYMA, I. I. SMACHYLO, A. I. BALABAN

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky, MI TRC "Ternopil University Hospital"

CASE OF LIPODERMOPLASTY IN PATIENTS WITH OBESITY

Наведено випадок оперативного лікування – ліподермопластики у хворій на ожиріння з гігантськими жировими паховими складками, що суттєво порушували функцію ходьби.

A case of surgical treatment – lipodermoplasty in a patient with obesity with giant fat inguinal folds, which greatly disturbed the function of walking is presented.

Останнім часом в Україні, як і в країнах Європи надзвичайно актуальною є проблема ожиріння. Надмірна маса тіла призводить до зниження працездатності та розвитку ускладнень з боку життєво важливих органів, зокрема порушення роботи серцево-судинної системи (ішемічна хвороба серця, інфаркт міокарда, гіпертонічна хвороба), лімфовенозного відтоку, розвитку атеросклерозу, порушення функції бронхолегеневої системи, розвитку цукрового діабету 2-го типу [5, 6, 7, 9]. Надмірну масу тіла мають більше 30 % населення, а близько 5 % страждають від патологічного ожиріння.

За рекомендаціями Міжнародної федерації хірургії ожиріння (IFSO), оцінку ступеня ожиріння здійснюють за індексом маси тіла (ІМТ) внаслідок ділення маси тіла в кілограмах (кг) на зріст у метрах в квадраті (м²). Надмірною масою тіла слід вважати, коли ІМТ дорівнює 25,0–29,9 кг/м²; I ступінь – 30,0–34,9 кг/м²; II ступінь – 35,0–39,9 кг/м²; III ступінь – ІМТ >40 кг/м²; при перевищенні 50 кг/м² – морбідне ожиріння [3].

У таких хворих різко виникає вірогідність смертності від супутньої патології, що можливо вже за наявності індексу маси тіла (ІМТ) вище за 25 кг/м², а за умов його зростання вище 40 кг/м² летальність зростає у 12 разів [1]. Одним із таких ускладнень є тромбоемболія легеневої артерії та її гілок [8]. Окрім скорочення тривалості життя, ожиріння різко знижує працездатність, приводить до інвалідності, особливо при III–IV ступені захворювання.

На розвиток ожиріння впливають генетична схильність, індивідуальні особливості обміну речовин, звички в харчуванні, що, як правило, фор-

муються з дитинства, а також малорухливий спосіб життя. За умови, якщо хоча б один із батьків підлітка має ожиріння або надмірну масу тіла, ожиріння у дитини розвивається у 80 % випадків [4]. Разом з тим, незважаючи на вказані чинники, ожиріння розвивається за умов перевищення надходження поживних речовин в організм над потребами енерговитрат для нормальної життєдіяльності. Розвивається ситуація, коли вже потрібні не медикаментні методи корекції ожиріння, а саме хірургічні втручання.

Однак, враховуючи наявність у таких хворих супутньої патології з глибокими метаболічними порушеннями усіх органів та систем, будь-яке хірургічне втручання вимагає особливого підходу як в доопераційному, так і в інтра- та післяопераційному періодах [2]. Обов'язковим вважаємо консультації суміжних спеціалістів – ендокринолога, кардіолога, невролога, судинного хірурга – для виявлення та корекції супутньої патології та ймовірних післяопераційних ускладнень.

Хвора Г. віком 60 р. переведена в хірургічне відділення з ендокринологічного в плановому порядку зі скаргами на біль у колінних суглобах, наявність у пахових ділянках великих пухлиноподібних утворів, які поширюються до рівня колінних суглобів і різко порушують рухову функцію, а також на задишку та загальну слабкість.

Хворіє на ожиріння більше 20 років. Неоднократно лікувалась в ендокринологічному відділенні університетської лікарні. Останнім часом сформувались великі пухлиноподібні утвори в пахових ділянках, що своєю локалізацією різко утруднюють ходь-

ПОВІДОМЛЕННЯ

бу хворої. Госпіталізована в хірургічне відділення для операції ліподермопластики жирових складок.

Об'єктивно: стан хворої відносно задовільний. Маса тіла збільшена до 162 кг. Температура тіла – 37,5 °С. Пульс – 84/хв, АТ – 160/90 мм рт. ст. У легенях визначається везикулярне дихання. Язик вологий, чистий. Живіт різко збільшений у розмірах за рахунок підшкірно-жирової клітковини, бере участь в акті дихання. При пальпації м'який, не болючий на всьому прогязі. Перкуторно – тимпаніт, аускультативно – перистальтика збережена. Симптом Пастернацького (-) з обох боків. Печінка, селезінка не визначаються через виражену підшкірно-жирову клітковину.

Фізіологічні відправлення: випорожнення – закрепи, діурез у нормі.

Status localis: у лівій та правій пахових ділянках визначаються пухлиноподібні утвори грушоподібні форми, що поширюються до рівня колінних суглобів, розмірами 18×22×44 см та 19×23×46 см, не болючі, тістоподібної консистенції. При зміні положення тіла форма патологічних утворів не змінюється.

Хворій після комплексної передопераційної підготовки виконано операцію – ліподермопластику справа. У післяопераційному періоді проводили антибіотикопрофілактику та профілактику тромбоемболії. Рана загоїлась первинним натягом. Хвора в задовільному стані на 14-ту добу після операції виписана додому (рис. 1).

Через 6 місяців після правобічної дерматоліполастики хвора госпіталізована повторно. Виконано операцію лівобічної дерматоліполастики (рис. 2).



Рис. 1. Хвора Г., 60 р.: А – до операції; Б – після операції правобічної дерматоліполастики.

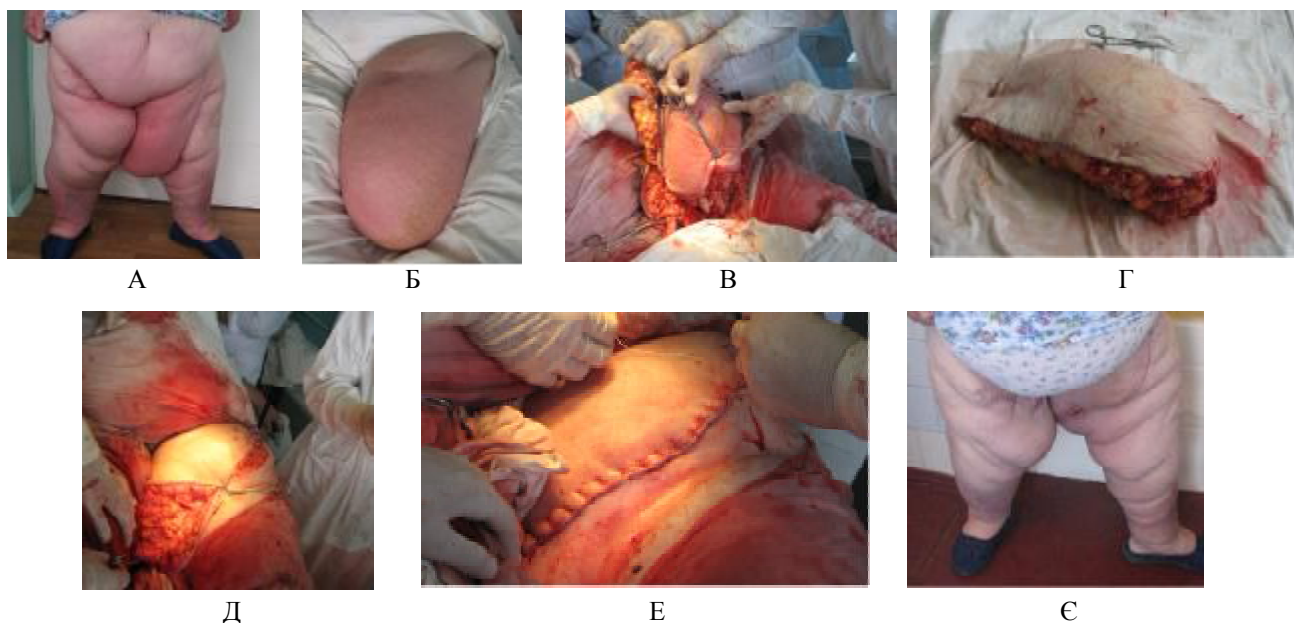


Рис. 2. Етапи хірургічного лікування хворої Г: А – хвора до повторної операції; Б – операційне поле: лівобічна пахова жирова складка; В – видалення жирової складки; Г – макропрепарат: жирова тканина 7,2 кг; Д – зашивання рани; Е – рана зашита; Є – стан хворої через 1 рік після операції ліподермопластики.

Через 12 місяців після операції хвора почуває себе задовільно. Біль у колінних суглобах минув, і відновилась рухова функція нижніх кінцівок.

Висновки. 1. Проведена передопераційна підготовка з урахуванням призначень суміжних спеціалістів, профілактика ускладнень в інтра- та післяопераційному періодах сприяють зменшенню післяопераційних ускладнень з боку життєво важ-

ливих органів та систем, а також місцевих гнійно-запальних ранових ускладнень.

2. Операція ліподермопластики задовольняє естетичні та косметичні потреби пацієнтів, знижує загальну масу тіла, що зменшує навантаження на опорно-руховий апарат та сприяє відновленню його порушених функцій, а також знімає соціальні та психологічні проблеми, пов'язані з даною патологією.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Березницький Я. С. Уніфікована клініко-статистична класифікація ожиріння / Я. С. Березницький, Д. Є. Спаріш // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. – 2008. – № 2 (23). – С. 69–70.
2. Деякі клінічні аспекти лікування пацієнтів із метаболічними порушеннями / О. В. Галімов, В. О. Ханов, П. П. Андреев та ін. // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. – 2008. – № 2 (23). – С. 73–74.
3. Грубник В. В. Перебіг цукрового діабету у хворих, оперованих із приводу аліментарно-конституційного ожиріння / В. В. Грубник, В. П. Голяк, О. В. Грубник // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. – 2005. – № 3 (12). – С. 22–25.
4. Зелінська Н. Б. Синдром ожиріння у практиці дитячого ендокринолога / Н. Б. Зелінська // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. – 2007. – № 2 (19). – С. 61–72.
5. Козань І. В. Симультанні операції при хірургічній корекції форми живота / І. В. Козань, О. З. Байченко, Я. І. Козань // Клінічна хірургія. – 2011. – № 5. – С. 24.
6. Тивончук О. С. Вплив шунтування та бандажування шлунка на ліпідний профіль у хворих на морбідне ожиріння / О. С. Тивончук, А. С. Лаврик, К. П. Осипенко // Клінічна хірургія. – 2008. – № 6. – С. 5–8.
7. Haffner S.M. Dislipidemia management in adults with diabetes // Diabet. Care. – 2004. – Vol. 27, suppl. 2. – P. 68–71.
8. Mistetti P. Meta-analysis of low molecular weight heparin in the prevention of venous thromboembolism in general surgery / P. Mistetti // Br. J. Surg. – 2001. – Vol. 88. – P. 913–930.
9. Prevalence of obesity, diabetes and obesity-related health risk factors, 2001 / A. H. Mokad, E. S. Ford, B. A. Bowman [et al.] / J. A. M. A. – 2003. – Vol. 289. – P. 76–79.

Отримано 10.08.12