

ЛИПОСАКЦИЯ

В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВЫРАЖЕННОГО ОЖИРЕНИЯ

Проведена оценка эффективности применения различных видов липосакции как вспомогательного метода контурной пластики у пациентов с выраженным ожирением. Установлено, что при преобладании подкожной жировой клетчатки над висцеральной применение липосакции в сочетании с бариатрическими вмешательствами является эффективным средством достижения удовлетворительных косметических результатов.

Ключевые слова: липосакция, ожирение, жировая клетчатка, контурная пластика.

E.V. SHIKHIRMAN, PhD in medicine, K.V. PUCHKOV, MD, Prof.
LIPOSUCTION IN A COMPLEX THERAPY OF MASSIVE OBESITY

Evaluation of effectiveness of application of various types of liposuction as an accessory method of contour plastic correction in patients with massive obesity was performed. It was established that if the subcutaneous fatty cellular tissue prevails over the visceral one, use of liposuction in combination with bariatric interventions is an effective method to achieve satisfactory cosmetic results.

Keywords: liposuction, obesity, fatty cellular tissue, contour correction.

Совершенствование способов липосакции позволило уменьшить общую травматизацию и кровопотерю при одновременном удалении необходимого объема жировой ткани, что не только обеспечивает ровный профиль кожи в области операции, но и сокращает сроки послеоперационной реабилитации [1, 4]. Нами была разработана методика, основанная на тщательном выборе способа липосакции для конкретного пациента, с одновременным применением нескольких видов липосакции для разных участков тела. При значительных объемах подкожной жировой клетчатки предпочтение отдавалось тумесцентной и ультразвуковой липосакции.

Показаниями к дополнению хирургического лечения ожирения липосакцией мы считали выраженное преобладание объема подкожно-жировой клетчатки над объемом висцеральной, установленное по данным ультразвукового метода исследования. Сочетание бариатрической операции и липосакции позволяет уменьшить объем последней и улучшить как хирургические, так и эстетические результаты [2, 3].

Стандартный метод является наиболее травматичным среди других видов липосакции, поскольку подразумевает наибольшее повреждение мягких подкожных тканей с соответствующей кровопотерей. Объем удаляемого жира здесь ограничен и, на наш взгляд, не должен превышать одного-трех литров. Этот метод липосакции был применен нами только у 11 (15,3%) пациентов при удалении небольшого объема жировой клетчатки не более чем в двух анатомических зонах.

При выполнении стандартной липосакции нами выполнялись небольшие (до 0,5 см) разрезы, через которые в подкожное пространство вводилась канюля с несколькими отверстиями на конце. Диаметр канюли зависел от объема и локализации удаляемого жира.

Наименьшим травмирующим воздействием обладают канюли диаметром не более 0,3 см.

В большинстве случаев нами использовались прямые канюли, в отдельных случаях – изогнутые. Второй конец канюли присоединялся к вакуумному аппарату для создания отрицательного давления, которое и обеспечивало удаление жира. Веерообразное внедрение канюли с поступательными движениями обеспечивали механическое разрушение жировой ткани и ее вакуумную аспирацию.

У 18 (25%) пациентов была выполнена влажная липосакция, при которой в зоны удаления жировой клетчатки предварительно вводился раствор местного анестетика с целью разжижения жировой ткани.

При необходимости удаления больших объемов жира в 34 (47,2%) случаях нами была выполнена тумесцентная липосакция, при которой зоны операции инфильтрировались раствором Кляйна. Содержание лидокаина и адреналина в растворе различалось в зависимости от предполагаемого объема операции. Для равномерного и глубокого распределения в тканях раствор вводился под большим давлением. Благодаря действию компонентов раствора происходило значительное сужение кровеносных сосудов, включая капилляры, а также набухание адипоцитов, что через 30–40 мин существенно облегчало аспирацию жира. Применение раствора Кляйна и тонких канюль позволяло максимально снизить травматизацию во время операции и удалить большие объемы жира.

В 22 (30,5%) случаях мы использовали ультразвуковую липосакцию. После инфильтрации тканей титановый зонд, подключенный к трансдуктору, вводился в подкожно-жировую клетчатку через маленький кожный прокол, после чего зонд медленно и непрерывно продвигался в жировой клетчатке. Для достижения полного растворения

жира нами использовались повторяющиеся поступательные-возвратные движения зонда. Длительность процедуры и количество энергии, необходимой для растворения жира, зависело от планируемого уменьшения объема и типа липодистрофии.

Для предотвращения нежелательных последствий процедуры в виде нагревания участков кожи применялась обильная инфльтрация мягких тканей тумесцентным раствором с безостановочным движением ультразвукового зонда, при котором ультразвуковое воздействие не могло фокусироваться в одном месте жировой клетчатки дольше двух-трех секунд.

При ультразвуковой липосакции вследствие отсутствия визуального контроля области операции, перерастянутой жидкостью и эмульгатом, приходилось прибегать к предоперационной маркировке с точной разметкой зон воздействия. Эмульгированный жир удалялся тонкими канюлями (до 2–3 мм) при отрицательном давлении 0,4–0,5 бар. Низкое давление позволяло избежать дополнительной травматизации кожи и повреждения сосудов и нервов.

Всего при различных видах липосакции у пациента одновременно аспирировалось от 1 500 до 9 700 мл подкожной жировой клетчатки. В 74 случаях липосакция была выполнена на передней брюшной стенке, в 12 – на бедрах и ягодицах и в 9 – на спине.

В раннем послеоперационном периоде большинство больных наблюдалось в палатах интенсивной терапии, время наблюдения колебалось от двух до шести часов в зависимости от объема операции, возраста больного и наличия сопутствующих заболеваний. В 24 (33,3%) случаях при значительных объемах удаленной клетчатки была проведена инфузионно-трансфузионная терапия с введением во время операции реополиглюкина, физиологического раствора, раствора Рингера и 5%-ного раствора глюкозы.

Послеоперационный период в среднем составил три койко-дня. Дальнейшее местное лечение и наблюдение проводилось в амбулаторных условиях. У 8 (11,1%) паци-

ентов послеоперационный период осложнился развитием серомы. Это осложнение было отмечено после липосакции большого объема жира, сопровождавшейся дермолипэктомией. Лечение проводилось в амбулаторных условиях. В одном случае дважды потребовалась пункция полости и удаление содержащейся в ней жидкости под ультразвуковым контролем.

У 7 (9,7%) пациентов в послеоперационном периоде наблюдалась сухость кожи; в одном случае потребовалась повторная операция – дермолипэктомия с абдоминопластикой. В остальных случаях лечение удалось завершить консервативными мероприятиями. Дважды в течение месяца двум пациентам выполнялась липосакция среднего объема, т. к. после первой операции косметический результат их не удовлетворил.

Таким образом, при преобладании подкожной жировой клетчатки над висцеральной одномоментное применение нескольких видов липосакции для различных участков тела в сочетании с бариатрическими вмешательствами является эффективным средством быстрого достижения удовлетворительных косметических результатов. При значительных объемах подкожной жировой клетчатки предпочтение должно отдаваться тумесцентной и ультразвуковой липосакции.



ЛИТЕРАТУРА

1. Пухов А.Г., Медведев А.А., Вырупаев С.В. Мегалипосакция как способ лечения ожирения. *Вопросы реконструктивной и пластической хирургии*, 2004, 3/4: 84–85.
2. Сидоренков Д.А., Суламанидзе Г.М., Миланов Н.О. Применение методов механической липосакции для удаления избытков подкожной жировой клетчатки. *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*, 2005, 4:35–41.
3. Omrani M. Ultrasonic liposuction versus surgical lipectomy. *Aesthetic Plast Surg*, 2003, 27(2): 143–5.
4. Tanyi M, Kanyári Z, Juhász B, Damjanovich L. Surgical treatment of morbid obesity. *Chirurgia (Bucur)*, 2007, 102(2): 131–41.

ДЕПРЕССИЯ ПОВЫШАЕТ РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН

Депрессия, перенесенная в зрелом возрасте, повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у женщин, пишет WebMD. Результаты исследования, представленные на конференции Северо-Американского общества по менопаузе, подтвердили наличие некоторой зависимости между депрессией и проблемами с сердцем, однако не помогли установить причинно-следственную связь между ними. Авторы работы включили в исследование 1 084 женщины (средний возраст 55 лет), обратившиеся в медицинский центр для прохождения маммограммы в 2004 г. Участницы исследования заполнили ряд опросников об эмоциональном состоянии. Затем в течение 10 лет ученые собирали данные об их состоянии здоровья и факторах риска развития ССЗ.

На момент начала исследования 1 030 участниц не имели заболеваний сердечно-сосудистой системы. 18% из них положительно ответили на вопросы о депрессивном состоянии. Авторы отметили, что у 9% женщин, жаловавшихся на угнетенное эмоциональное состояние, в течение 10 последующих лет были диагностированы сердечно-сосудистые заболевания. Среди контрольной группы данный показатель составил 2%.

Ученые подчеркивают, что депрессия была единственным значимым фактором развития ССЗ у женщин моложе 65 лет. Авторы работы пока не смогли получить однозначные данные о том, почему именно депрессия повышает риск сердечно-сосудистых заболеваний.

