

Выводы. Разработанная оригинальная методика лапароскопического лечения морбидного ожирения является достаточно эффективной и может быть рекомендована пациентам с ожирением 1-2 степени. Резекция дна желудка позволяет избежать такого раннего осложнения, как рвота. Эффект от оперативного вмешательства сопоставим с эффектом от рукавной резекции желудка. При этом разработанное оперативное вмешательство имеет больший экономический эффект.

РУКАВНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА – «ЗОЛОТОЙ» СТАНДАРТ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Глинник А. А., Богушевич О. С., Стебунов С. С., Руммо О. О.,
Пикирня И. И., Германович В. И., Авлас С. Д., Шило Р. В.

ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», г. Минск, Республика Беларусь
ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Рукавная резекция желудка является наиболее часто применяемой операцией у пациентов, страдающих морбидным ожирением. К плюсам применения данной операции относят относительную простоту выполнения, физиологичность прохождения пищевого комка, возможность трансформации операции в шунтирующую. Ежегодно в мире выполняется более 200 тысяч рукавных резекций желудка. В настоящее время за операцией закрепилось название «золотой стандарт бариатрической хирургии». Оперативное вмешательство также показано при наличии у пациента диабета 2 типа. Эффект операции связан не только с уменьшением объема желудка и его диаметра, но и со снижением выработки гормона грелина, основная масса которого синтезируется в удаляемой части органа. Все вышесказанное делает рукавную резекцию желудка крайне эффективной операцией у пациентов с ожирением 1-3 степени.

Материал и методы. В отделении хирургии Минского научно-практического центра хирургии, трансплантологии и

гематологии программа хирургического лечения морбидного ожирения функционирует с июля 2014 г., за это время выполнено более 200 оперативных вмешательств. Рукавных резекций желудка выполнено 114. Все пациенты страдали от ожирения (индекс массы тела составлял от 35 до 64 кг/м²). Возраст пациентов составлял от 18 до 65 лет. Предоперационная подготовка включала общеклинические анализы, УЗИ сердца, спирографию, полисомнографию. На догоспитальном этапе пациент осматривался анестезиологом. До пациента доводились все риски оперативного вмешательства.

Результаты и обсуждение. Все оперативные вмешательства проводились лапароскопически. Линия механического шва дополнительно укрывалась ручным швом. Длительность операции составляла от 60 до 100 минут. В послеоперационном периоде пациенты, у которых выявлялась средняя или тяжелая степень синдрома ночного апноэ, первые сутки проводили в отделении реанимации, остальные – в хирургическом отделении. На третий день после операции всем пациентам проводилась рентгеноскопия желудка с водорастворимым контрастом с целью определения целостности линии швов, наличия стриктур. Длительность нахождения пациентов после операции в стационаре составляла в среднем 4 дня. Послеоперационный контроль осуществлялся ежемесячно в течение первого года, затем – раз в три-шесть месяцев. В течение первого года после операции снижение веса у пациентов составляло 4-8 кг/мес. Затем наблюдалось снижение этого показателя до 1-2 кг/мес. Мы не наблюдали у пациентов снижение ИМТ ниже нормальных показателей. При исследовании биохимических показателей у трех пациентов наблюдалось снижение уровня белка ниже нормальных, что потребовало коррекции диеты пациентов. Также всем пациентам назначался прием поливитаминов курсами 2 раза в год. В раннем послеоперационном периоде мы наблюдали развитие несостоятельности швов у шести пациентов. У одного развитие осложнения было связано с употреблением большого количества жидкости в первые сутки после операции и разрывом линии механического шва. У остальных пациентов развитие несостоятельности швов мы связываем с ишемизацией линии

механического шва. Двум пациентам выполнялись повторные операции – формирование гастро-энтероанастомоза в области несостоятельности. Двум пациента с микронесостоятельностью была проведена консервативная терапия. У пациентов с сахарным диабетом 2 типа происходила стабилизация течения диабета, не наблюдалось прогрессирование его осложнений. Летальности в послеоперационном периоде не было.

Выводы. Лапароскопическая рукавная резекция желудка является наиболее часто применяемой операцией при лечении морбидного ожирения. При этом удается достигнуть хороших результатов по снижению веса, компенсации сахарного диабета 2 типа. К относительным недостаткам операции можно отнести достаточно высокую стоимость расходных материалов и жесткие требования к квалификации хирургической и анестезиологической служб. При соблюдении этих условий выполнение данных вмешательств может быть проведено с минимальным риском для пациента.

12-ЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТЫ ЦЕНТРА ГЕРНИОЛОГИИ И БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ г. МИНСКА

¹Дорох Н. Н., ²Богдан В. Г., ¹Варикаш Д. В., ²Попченко А. Л.

¹УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н. Е. Савченко»
г. Минск, Республика Беларусь

²УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
военно-медицинский факультет

Введение. В г. Минске за последние 10 лет число операций по поводу послеоперационных и рецидивных грыж увеличилось двукратно, однако процент рецидива грыж живота в зависимости от локализации составляет в среднем от 15 до 60%. Основными причинами увеличения рецидива грыж разной локализации являются: медицинские (рост количества операций) и социальные (старение населения, избыточный вес, ожирение, хронические заболевания). Общие и местные изменения, которые возникают в организме человека, после нескольких безуспешных попыток оперативного лечения и очередного рецидива заболевания носят