

Выводы. Современный арсенал бариатрической хирургии позволяет дифференцированно подходить к подбору вида оперативного вмешательства, исходя из ИМТ, наличия сопутствующих ожирению заболеваний (метаболического синдрома) и выраженности мотивации у пациентов.

Принимая во внимание значительные различия в общем состоянии пациентов, обеспечить эффективное и безопасное лечение можно только путем индивидуального подхода к выбору методики бариатрического вмешательства.

НАШ ОПЫТ СОВРЕМЕННОЙ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Стебунов С. С., Глинник А. А., Богушевич О. С.,
Минов А. В., Руммо О. О.

ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Частота ожирения за последние 20 лет увеличилась во всем мире в 3 раза. Более 65% населения нашей страны имеют лишний вес (16% мужчин и 32% женщин). Учитывая распространенность ожирения и малую эффективность консервативных методов лечения, количество выполняемых в мире бариатрических операций по поводу морбидного ожирения неуклонно возрастает. В настоящее время наиболее часто выполняются лапароскопическое бандажирование желудка (ЛБЖ), гастрощунтирование (ГШ) и другие виды шунтирующих операций, а также рукавная резекция желудка (ЛРЖ), которая во всем мире вышла на первое место по частоте исполнения.

Цель: изучить результаты 348 бариатрических вмешательств у пациентов с разной степенью ожирения.

Материал и методы. Мы имеем опыт проведения всех современных видов бариатрических оперативных вмешательств с 2006 г. Накопленный опыт 348 вмешательств позволяет дифференцированно подходить к вопросу о выборе типа оперативного вмешательства при ожирении, а также повысить безопасность выполнения данных вмешательств.

ЛБЖ выполнено 140 пациентам с применением управляемой системы Lap Band. Возраст пациентов составлял 20-63 года, масса тела 85-178 кг, а средний индекс массы тела (ИМТ) – 42,4 кг/м². ЛРЖ выполнена 134 пациентам (24-55 лет; вес 89-232 кг, средний ИМТ 46,7 кг/м²). ГШ выполнено 45 пациентам в возрасте 30-55 лет (вес от 135 до 180 кг, ИМТ в среднем 53,2 кг/м²). Еще в 9 случаях произведена пликация желудка (в 7 случаях по усовершенствованной нами методике) и 20 ревизионных (повторных) вмешательств.

Результаты и обсуждение. В клинике разработана бариатрическая программа и созданы все условия для обследования и лечения пациентов с повышенным весом. К ведению пациентов на всех этапах обследования и лечения применяется мультидисциплинарный подход. Выбор метода операции осуществляется после обследования по определенному алгоритму в амбулаторном периоде хирургом, анестезиологом и врачами других специальностей совместно с пациентом. Разработана также база данных пациентов, позволяющая выполнять их динамическое наблюдение с анализом результатов в разные сроки после операции.

Длительность ЛБЖ составила 30-69 минут. Средний койко-день – 2,3. В этой группе пациентов вес в первые годы при хорошем результате постепенно снижается, а через 7 лет отмечается его возрастание, хотя и не достигающее дооперационного уровня. Общее количество осложнений после ЛБЖ составило 13,6%. Причем большинство так называемых «малых» осложнений произошло в отдаленные сроки после операции (2-7 лет). У 19 пациентов проведены повторные бариатрические вмешательства по переводу бандажирования желудка в другие операции. Поздние осложнения ЛБЖ связаны не только с техническими особенностями выполнения операции, но и с пищевым поведением пациентов. Средний результат снижения веса за весь период наблюдения – 47% (в первые 5 лет после операции – 58-64%).

Среднее время операции ЛРЖ составило 123 минуты. Средний койко-день – 4,7. В послеоперационном периоде у трех пациенток наблюдали несостоятельность скрепочного шва

желудка. В двух случае осложнение ликвидировано лапароскопически, у третьей потребовалась лапаротомия. Дополнительное укрепление линии скрепочного шва непрерывным погружным швом (методика СЛИВ-пликации) применяется нами рутинно с 2014 г. и позволило снизить количество несостоятельности с 3.4 до 1.2%. Результат снижения массы тела после ЛРЖ в среднем 66%.

Операции ГШ выполнялись лапароскопическим доступом в двух модификациях: «классическое» гастрощунтирование по методике Lonroth (20 случаев) с формированием петли по Ру и минигастрощунтирование с одним анастомозом (25 случаев). Среднее время операции – 156 минут. В ближайшем послеоперационном периоде у 1 пациента мы наблюдали несостоятельность гастроэнтероанастомоза после «классического» гастрощунтирования, которая была ликвидирована лапароскопически. У одной пациентки после минигастрощунтирования развилась клиника «синдрома приводящей кишки», которая ликвидирована путем наложения энтеро-энтероанастомоза лапароскопическим методом. Общее количество осложнений – 4.4%. Средний койко-день – 4,2. Средний показатель снижения веса – 84%.

Летальных исходов после бариатрических вмешательств мы не наблюдали. Подавляющее большинство осложнений излечено лапароскопическим методом. Клиника должна быть готова к борьбе с возможными осложнениями и оснащена всем необходимым для лечения пациентов с повышенным весом.

Одним из преимуществ лечения в нашем центре считаем возможность применения нескольких видов бариатрических оперативных вмешательств и индивидуальный подход к лечению пациента.

Выводы. Наш опыт подтверждает высокую эффективность и безопасность современных лапароскопических бариатрических вмешательств.

Современная эндоскопическая бариатрическая хирургия позволяет дифференцированно подходить к подбору вида оперативного вмешательства, исходя из ИМТ, операционно-анестезиологического риска, наличия сопутствующих ожирению

заболеваний (метаболического синдрома) и выраженности мотивации у пациентов.

Бариатрические вмешательства предпочтительно выполнять в крупных центрах, где имеется все необходимое для лечения пациентов с большим весом и ликвидации возможных осложнений, где можно концентрировать таких пациентов и максимально быстро накапливать хирургический опыт. Важны также элементы Fast-Track хирургии (ускоренной реабилитации) и мультидисциплинарный подход к ведению бариатрических пациентов в пред- и послеоперационном периодах.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КОСМЕТОЛОГИИ В ХИРУРГИИ КРАТКОСРОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ

Сычиков Н. В.

УЗ «Могилевская больница № 1», г. Могилев, Республика Беларусь

Введение. Для обеспечения наименьшего косметического дефекта при оперативных вмешательствах на смену традиционным операциям приходят малоинвазивные оперативные вмешательства. По возможности выбирают доступы в малозаметных местах тела (физиологические естественные складки кожи, анатомические углубления). Получают большое распространение эндоскопические технологии. К сожалению, далеко не всегда эти методики возможны. В настоящее время широко применяются операции с рассечением кожи и на заметных областях тела. Следы от разрезов остаются на многие годы, а подчас навсегда, особенно если имели место послеоперационные осложнения ушитой раны.

Цель:

- 1) профилактика ранних послеоперационных осложнений ушитой раны (гематомы, серомы, лимфорреи);
- 2) улучшение косметических результатов кожного шва;
- 3) упрощение и сокращение времени фиксации повязки на ране.

Материал и методы. Для зашивания кожных ран нами