

**Стебунов С.С., Глинник А.А., Германович В.И., Руммо О.О., Авлас С.Д.,
Щастный А.А.**

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ОЖИРЕНИЕМ

Минский НПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии, г. Минск

С 2010 года наша страна занимает «почетное» первое место среди государств СНГ по ожирению. По данным ВОЗ на 9,4 миллиона населения республики приходится более 2,5 миллиона человек, страдающих ожирением — это свыше 26,6%. Этот показатель постоянно растет — если в 2000 году — 19,9%, то в 2010 — уже 23,7%, в 2016 — 25,4%. Ожирение наблюдается у 18,4% мужчин и 27% женщин. Проблемы с весом в нашей стране отметили также у 15,2% детей. При этом избыточную массу тела имеют 60,6% населения. В связи с этим чрезвычайно актуальными являются вопросы бариатрической хирургии, так как это единственно эффективный способ борьбы с патологическим ожирением.

В нашем центре создана и много лет работает группа по хирургическому лечению патологического ожирения и метаболических расстройств. На сегодняшний день мы имеем опыт выполнения около 600 бариатрических вмешательств у пациентов с ожирением: 230 рукавных резекций желудка, 145 регулируемых бандажирований желудка, 196 гастрощунтирований, 3 илеощунтирования, 15 пликаций желудка и других, в том числе ревизионных бариатрических операций (около 10 %). Все вмешательства, кроме илеощунтирования и некоторых повторных операций, были выполнены лапароскопическим методом. Из 196 шунтирований желудка в 17 случаях произведено «классическое» шунтирование с гастроэнтероанастомозом на Ру-петле и 179 операций минигастрошунтирования с одним анастомозом. Средний возраст составил 43,7 лет (от 18 до 71 года). Средний ИМТ составил 47.4 (от 29 до 95). Максимальный вес оперированного пациента – 255 кг. Из интраоперационных осложнений наблюдались следующие: ранение левой доли печени троакарном с массивным кровотечением, потребовавшим конверсии – 1 случай; повреждение задней стенки желудка при бандажировании в 2 случаях. Таким образом, процент интраоперационных осложнений составил 0.5 %. Ранние послеоперационные осложнения: несостоятельность линии механического шва и анастомоза – 8 случаев (3 – после гастрощунтирования и 5 – после рукавной резекции желудка); кровотечение из линии шва, потребовавшее релапароскопии и гемостаза – 1 случай; синдром приводящей кишки после минигастрошунтирования (релапароскопия, энтеро-энтероанастомоз) – 1 случай. Нагноение послеоперационной раны с инфицированием порта в раннем послеоперационном периоде – 2 случая. Процент в группе ранних послеоперационных осложнений составил 2 %. Летальные исходы

наблюдались у 2 пациентов, перенесших бариатрические операции (0.3 %). Поздние послеоперационные осложнения наблюдались в основном в группе больных после бандажирования желудка: эрозия бандажа в просвет желудка (эндоскопическое удаление бандажа) – 3 случая; слиппаж-синдром (релапароскопия, коррекция положения манжеты) – 2 случая; кахексия, потребовавшая удаления бандажа – 1 случай; пролежень порта с последующим инфицированием его и удалением системы – 2 случая. Имело место нагноение ран с формированием абсцессов передней брюшной стенки у пациентки через 1 месяц после минигастрошунтирования в одном случае. Общий процент поздних осложнений – 1.5 % (в группе больных после бандажирования желудка – 5.5 %).

Отдаленные результаты в плане потери веса анализировались у оперированных пациентов через 1-2 года после вмешательства, когда потеря веса окончательно остановилась. Средний показатель %EWL (процент потери избыточного веса) после бандажирования желудка составил 47 %, после рукавной резекции желудка – 64 %, после гастрощунтирования на короткой (75-180 см) петле – 76%, гастрощунтирования на длинной (200-250 см) петле – 82 %. Отдаленные последствия бариатрических операций в плане потери веса и коррекции метаболических нарушений еще требуют дальнейшего изучения и анализа.

Таким образом, несмотря на целый ряд осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде, бариатрическая хирургия требует дальнейшего развития и более широкого внедрения в практику хирургического стационара. На данный момент в мире не существует единственной идеальной бариатрической операции, которая была бы эффективной и безопасной для всех больных ожирением. Принимая во внимание значительные различия в общем состоянии пациентов, обеспечить максимально эффективное лечение можно только путем индивидуального подхода к вопросу выбора метода бариатрического вмешательства. Современный арсенал бариатрической хирургии позволяет дифференцированно подходить к подбору вида оперативного вмешательства по принципу «от простого к сложному» исходя из ИМТ, наличия сопутствующих заболеваний, пищевых предпочтений, мотивации к лечению и финансовых возможностей пациентов, а также возможностей клиники и квалификации специалистов (хирургов и анестезиологов).