

РЕВИЗИОННАЯ БАРИАТРИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

Стебунов С.С., Глинник А.А., Германович В.И., Руммо О.О.

*Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и
гематологии,*

*Белорусская медицинская академия последипломного образования,
г. Минск, Республика Беларусь*

Введение. С широким внедрением в практику многих хирургических центров бариатрических вмешательств, наблюдается и рост числа повторных (ревизионных) операций у пациентов с ожирением. Количество таких повторных бариатрических операций увеличивается с каждым годом. Так, Gagner et al. подсчитали, что до 25% пациентов подвергались дополнительным процедурам после первичной бариатрической операции, а пациентам после рестриктивных операций, таких как бандажирование желудка, повторные вмешательства приходится проводить примерно в 50% случаев. Показанием для ревизионного вмешательства могут быть как ближайшие и отдаленные осложнения, так и частичный возврат веса, то есть рецидив ожирения. Причиной такого положения может являться не совсем правильный выбор первичной бариатрической процедуры, а также недооценка нарушений пищевого поведения пациентами в послеоперационном периоде. В связи с этим актуальным является анализ ревизионных вмешательств и рекомендации по уменьшению их числа.

Материалы и методы. Всего проведен анализ результатов 1058 бариатрических лапароскопических вмешательств, проведенных одной хирургической бригадой. Повторные бариатрические операции по причине частичного возврата веса были проведены у 52 пациентов, что составило 4.9%. Средний возраст на момент операции составил 45.7 ± 5.9 года, из них женщин было 87%. Средний предревизионный ИМТ составил 40.3 ± 5.8 кг/м². Среднее время до ревизии составило 42.2 ± 12.8 мес.

Результаты и обсуждение. Наибольшее число ревизий наблюдалось после рестриктивных операций – 8.5%. После бандажирования желудка – 11%, после гастропликаций – 16%, после рукавной резекции желудка – 6.7%. Наименьшее количество ревизионных операций мы наблюдали после гастрощунтирования – 1.6%. При более глубоком анализе путем анкетирования выявлено, что подавляющее большинство пациентов в этих группах (повторно оперированные) страдало нарушением пищевого поведения (сладкоежки и булемия). У 10 пациентов (0.95%) повторные ревизионные вмешательства также со временем привели опять к повторному частичному возврату веса. У 8 из них (80%) по различным причинам вариантом повторного вмешательства после рестриктивной операции вновь явилась рестриктивная (например, рукавная резекция после удаления бандажа желудка). Окончательным вариантом у них стали шунтирующие операции с

положительным эффектом. Наиболее частым вариантом повторной шунтирующей операции (92%) стало минигастрошунтирование.

Выводы. Таким образом, не все бариатрические вмешательства имеют одинаковый риск возврата веса. Рестриктивные бариатрические операции имеют более высокий риск рецидива ожирения, что в большинстве случаев (до 8-10%) требует проведения ревизионных реконструктивных вмешательств. В случаях проведения ревизионного вмешательства после рестриктивной операции лучшим вариантом выбора является шунтирующая операция. При выборе первичной бариатрической процедуры необходимо опираться не только на ИМТ, возраст и наличие выраженности метаболического синдрома, но также на нарушения пищевого поведения, в том числе учитывать пристрастие к сладкой и высококалорийной пищи.