

БАРИАТРИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

ОСЛОЖНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ И МЕТОДЫ ИХ ЛЕЧЕНИЯ

*Авлас С.Д., Глинник А.А., Германович В.И., Стебунов С.С., Руммо О.О.
ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и
гематологии», г. Минск, Республика Беларусь*

Введение. Бариатрические операции, связанные с резекцией или шунтированием желудка, являются в настоящее время наиболее эффективным методом лечения морбидного ожирения. Хирургические осложнения потенциально ограничивают терапевтический и экономический эффект данных операций, а также снижают качество жизни пациентов. Изучение структуры послеоперационных осложнений необходимо для разработки методов их профилактики и лечения.

Цель. Изучить структуру послеоперационных осложнений бариатрических операций на актуальном этапе развития бариатрической хирургии и оценить эффективность современных методов лечения хирургических осложнений.

Материалы и методы. Для непрерывного учета выполненных бариатрических операций и их результатов, включая развитие послеоперационных осложнений, в Центре создана и функционирует информационно-аналитическая система для обработки данных пациентов, перенесших бариатрические операции. В исследование включены данные всех пациентов, прооперированных в хирургическом отделении ГУ МНПЦ ХТиГ в связи с наличием морбидного ожирения и ассоциированной патологии в период с 2014 по 2023 гг. Учтены все случаи осложнений как раннего, так и отдаленного послеоперационного периода. Хирургические осложнения анализировались по уровню летальности и по количеству повторных оперативных вмешательств, в том числе эндоскопических.

Результаты и обсуждение. Всего за анализируемый период было выполнено 639 первичных бариатрических операций. Среди них 290 (45,4%) операций минигастрошунтирования, 272 (42,6%) рукавных резекций желудка, 45 (7%) операций бандажирования желудка, 15 (2,3%) операций гастрощунтирования на петле тонкой кишки по Ру, 7 (1,1%) операций гастропликации с резекцией дна желудка по методике Центра, 5 (0,8%) операций гастропликации, 5 (0,8%) операций других типов (SADI, илеощунтирование). Таким образом в структуре выполненных оперативных вмешательств преобладают операции, предусматривающие этапы резекции или шунтирования желудка. Все операции были выполнены лапароскопически. В 113 (17,7%) случаях бариатрические операции

сочетались с холецистэктомией, адгезиолизисом, биопсией печени, различными вариантами антирефлюксных операций, пластикой вентральных грыж, резекцией кист яичников.

Показаниями к выполнению бариатрических операций у 354 пациентов было ожирение III степени. У 152 пациентов бариатрические операции были выполнены в связи с сочетанием ожирения II степени и таких ассоциированных с ожирением заболеваний как сахарный диабет II типа, метаболический синдром, артериальная гипертензия, неалкогольный стеатогепатит, синдром обструктивного апноэ и поликистоз яичников. Выраженность клинической картины перечисленных выше заболеваний и неэффективность их консервативной терапии послужили определяющими показаниями к выполнению бариатрических операций у 114 пациентов с ожирением I степени и у 19 пациентов с избыточной массой тела.

У 69 (10,8%) пациентов наблюдалось осложненное течение послеоперационного периода бариатрических операций. При этом у 55 (8,6%) в послеоперационном периоде развились хирургические осложнения, такие как несостоятельность линии механического шва желудка, кровотечение из линии механического шва желудка, анастомозит и язва гастроэнтероанастомоза, синдром Мэллори-Вейса, ротация гастроэнтероанастомоза, внутрибрюшное кровотечение из разрыва печени и из ветвей а. gastroepiploica, инфильтрат послеоперационного рубца, гастроэзофагеальный рефлюкс, а также осложнения лапароскопического регулируемого бандажирования желудка. Наиболее частыми хирургическими осложнениями являлись несостоятельность линии механического шва желудка и кровотечение из линии механического шва желудка после бариатрических операций, предусматривающих резекцию или шунтирование желудка. После указанных операций несостоятельность линии механического шва желудка развилась у 20 пациентов (частота 3,4%), а кровотечение из линии механического шва желудка – у 10 пациентов (частота 1,7%). Отдельно необходимо выделить группу осложнений лапароскопического регулируемого бандажирования желудка, которые наблюдались у 10 пациентов (в 22,2% случаев после данной операции). Среди осложнений данной группы наиболее частым являлся слиппаж бандажа, который наблюдался у 4 пациентов. К осложнениям бандажирования желудка относились случаи эрозирования бандажа в желудок, гастроэзофагеальный рефлюкс, инфицирование, разгерметизация и дислокация порта. Также у 3 (4,3%) пациентов наблюдались осложнения лапароскопической холецистэктомии (69 операций), выполненной симультанно с бариатрической операцией. Так у 2 пациентов наблюдалось желчеистечение из культы пузырного протока, что потребовало продленного консервативного ведения, и у 1 пациента было диагностировано повреждение холедоха, что потребовало выполнения лапаротомии и наложения гепатикоэнтероанастомоза на петле тонкой кишки по Ру. Необходимо отметить, что у 10 (1,6%) пациентов имели место интраоперационные осложнения, связанные с техническими

причинами, например, с поломкой кассеты сшивающе-режущего аппарата или с ее неправильным срабатыванием, что приводило к негерметичности шва желудка. Благодаря рутинно проводимому тесту утечки красителя и систематической ревизии зоны операции отмеченные дефекты своевременно устранялись и не приводили к развитию хирургических осложнений в послеоперационном периоде. Среди 12 (1,9%) нехирургических осложнений наблюдалось 7 случаев пневмонии и по 1 случаю динамической кишечной непроходимости, псевдомембранозного колита, постынъекционного абсцесса ягодицы, дефицита витамина D и возврата избыточной массы тела.

В анализируемой группе пациентов за указанный период наблюдалось 2 летальных случая, что составляло 0,3%. Причиной летального исхода в обоих случаях явилась несостоятельность линии механического шва желудка. При этом у одного из пациентов течение заболевания осложнилось развитием тяжелой полисегментарной пневмонии, вызванной вирусом COVID-19.

Тактика лечения наиболее значимых хирургических осложнений была вариабельной и определялась как степень выраженности клинических проявлений, так и сроками развития осложнения. Так развитие внутрибрюшного кровотечения из линии механического шва желудка потребовало выполнения релaparоскопии и дополнительного гемостаза в 3 случаях, выполнение эндоскопического инъекционного гемостаза потребовалось в 1 случае в связи с продолжающимся внутрипросветным кровотечением из линии механического шва желудка. В 6 случаях из 10 клиническая картина кровотечения из линии механического шва желудка, как внутрибрюшного, так и внутрипросветного, была не выражена и включала в себя только лабораторные данные (снижение содержания гемоглобина и эритроцитов) в сочетании с данными гастроскопии (признаки состоявшегося кровотечения) или с наблюдением выделения избыточного геморрагического отделяемого по контрольным абдоминальным дренажам, однако без влияния на показатели гемодинамики или кислородтранспортной функции. Во всех описанных случаях успешно применялась только консервативная тактика, включавшая инфузионную и гемостатическую терапию и, в отдельных случаях, гемотрансфузию.

При развитии несостоятельности линии механического шва желудка консервативная тактика, включавшая инфузионную, антибактериальную, противовоспалительную и антисекреторную терапию, успешно применялась у 8 пациентов из 20. В 2 случаях излечения несостоятельности удалось достичь с применением только эндоскопического вмешательства – стентирования желудка. У 10 пациентов клиническое течение несостоятельности линии механического шва желудка потребовало выполнения ряда повторных оперативных вмешательств (как лапароскопических, так и открытых), либо сочетания последних с эндоскопическим стентированием пищевода и желудка. Фактором, определяющим выбор активной хирургической тактики, являлось наличие перитонита и синдрома системного воспалительного ответа.

Выводы.

1. Наблюдаемая в Центре структура осложнений, уровень летальности, а также частоты отдельных осложнений сопоставимы с аналогичными общемировыми показателями.

2. Подход к лечению хирургических осложнений бариатрических операций должен быть дифференцированным и учитывающим этиологию, патогенез и вариативность клинического течения данных осложнений.

3. Для эффективного лечения хирургических осложнений бариатрических операций необходимо наличие подготовленной мультидисциплинарной команды специалистов и широкого спектра лабораторных и инструментальных диагностических средств.