

ло место повреждение яичниковой артерии при выделении грыжевого мешка. Послеоперационные осложнения различной тяжести наблюдались у 4,9 % пациентов: гематома мошонки – 5, водянка оставленной части грыжевого мешка при пахово-мошоночных грыжах – 3, кровотечение из параумбиликального прокола – 1, преходящая невралгия кожного нерва бедра на стороне операции – 5.

При сравнении результатов традиционной и лапароскопической герниопластики выявлены несомненные преимущества последней. Это выразалось в более легком течении послеоперационного периода, быстрой реабилитации и отличных отдаленных результатах лечения.

Одним из существенных преимуществ лапароскопической транс-абдоминальной герниопластики является возможность диагностики других заболеваний брюшной полости и выполнение симультанных вмешательств, в том числе и герниопластики с другой стороны, фактически без дополнительной травмы. При анализе этой группы пациентов интраоперационных и послеоперационных осложнений, а также увеличения сроков госпитализации в связи с симультанным вмешательством мы не наблюдали. Все это увеличивает экономическую и социальную целесообразность коррекции сочетанной патологии.

Выводы. Лапароскопическая герниопластика в настоящее время может рассматриваться как операция выбора при паховых грыжах.

ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

*Стебунов С. С., Косинец В. А.
Медицинский центр «ЛОДЭ»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Введение. Бариатрические операции постепенно занимают прочное место в арсенале большинства хирургических клиник. Однако после массивной и быстрой потери веса почти всегда возникает не менее важная проблема обвисшей и дряблой кожи, которая также, как и ожирение может нарушать привычный образ жизни пациента. Ввиду широкой распространенности бариатрических операций в последнее десятилетие развилась уникальная отрасль пластической хирургии, цель которой заключается в коррекции тела после значительной потери веса (постбариатрическая пластическая хирургия). Основным смыслом этой области пластической хирургии является иссечение избыточной свисающей кожи при отсутствии подкожного жира. Обычно такая свисающая кожа после похудения чаще всего возникает в области шеи, лица, рук, плеч, ягодиц, груди, живота и бедер. Многим пациентам после бариатрических вмешательств может быть необходима тотальная подтяжка, включающая в себя абдоминопластику, подтяжку бедер, ягодиц, груди, шеи и лица.

Методики эстетической хирургической контурной пластики являются идеальным дополнением в реабилитации пациентов после бариатрических вмешательств с целью коррекции контуров тела, улучшения качества жизни и социальную адаптацию пациентов. Нередко такие вмешательства приходится выполнять в несколько этапов. В таких случаях между операциями обычно проходит от нескольких недель до нескольких месяцев.

Материалы и методы. На данный момент мы имеем опыт выполнения более 200 бариатрических операций. Большинство из них – бандажирование желудка, однако в последнее время на первое место по частоте выполнения выходит рукавная резекция желудка. Программа постбариатрической реабилитации включает как правило 3 этапа. Каждый этап проводится с интервалом в 2–3 месяца. Очередность этапов и их объем подбирается индивидуально. Всего выполнено 95 операций у 72 пациентов, то есть примерно у каждого третьего пациента после потери МТ и удержании веса в течение более 1 года. Мы условно выделили несколько степеней потери МТ: 1 степень – до 10- 20 кг., 2 степень – 20-35 кг., 3 степень – 35–45 кг., 4 степень – более 45 кг.

Из всех прооперированных пациентов у 33 потеря МТ соответствовала 1 степени, у 19 – 2 степени, у 11 – 3 степени, у 9 пациентов - 4 степени потери МТ. У 9 пациентов потеря веса 3-4 степени наступила в результате гастрошунтирующих операций, у 16 пациентов МТ снизилась после рукавной резекции желудка, у них потеря МТ соответствовала 2–3 степени. Остальные пациенты потеряли вес в результате установок им регулируемого бандажа желудка. Период стабилизации после значительной потери массы составил от 1 до 3 лет.

Для коррекции контура тела 16 пациентам из 33 с 1 степенью потери МТ выполнили абдоминопластику, причем у двоих – в два этапа с предварительной липосакцией. Одной пациентке следующим этапом произвели липосакцию области плеч и бедер, еще одной – дерматолипэктомии в области передней брюшной стенки, двоим – подтяжку бедер, 3 – брахиопластику и 2 – бодилифтинг.

Из 19 пациентов со 2 степенью потери МТ, в 5 наблюдениях мы выполнили абдоминопластику, при этом одной пациентке – в сочетании с липосакцией области бедер. Двум пациентам выполнили двухэтапную коррекцию области живота – липосакцию, а затем абдоминопластику, еще двум – подтяжку бедер и 1 – брахиопластику.

У 11 пациентов с 3 степенью потери МТ 4 мы выполнили абдоминопластику, подтяжку бедер, брахиопластику и бодилифтинг. Двум пациентам произвели липосакцию области грудных желез с целью коррекции локальных жировых отложений и двухэтапную коррекцию области передней брюшной стенки живота, включающую липосакцию и абдоминопластику. Одному из этих пациентов для коррекции области груди мы выполнили вторым этапом иссечение избытков кожи. Двум пациентам мы выполнили торсопластику.

Одному пациенту с 4 степенью потери МТ выполнена только липосакция в области передней брюшной стенки с целью улучшения кон-

тура и уменьшения МТ. Вес пациента изначально до лечения составлял 160 кг, на фоне диет он похудел на 10 кг, после установки бандажа еще 20–30 кг. Остальные пациенты этой группы перенесли торсопластику.

Пластические операции в области лица (круговая подтяжка лица, блефаропластика) выполнены у 16 пациентов с различными степенями потери МТ.

Результаты и обсуждение. Во всех наших наблюдениях мы получили хороший и отличный эстетический результат. Среди осложнений мы наблюдали в 1 наблюдении расхождение швов после подтяжки бедер, в 3 наблюдениях – после абдоминопластики. У 2 пациентов наблюдали образование серомы после абдоминопластики, которые мы ликвидировали путем чрескожного пунктирования.

Отметим, что у пациентов после бариатрической хирургии бывает дефицит питания и изменен метаболизм, что, несомненно, увеличивает риск, отражается на восстановительном процессе. Учитывая это, необходимо более внимательно отбирать больных на такие вмешательства.

Выводы. Бариатрические пациенты требуют дальнейшей хирургической реабилитации. Деформации контуров тела после различных степеней массивной потери МТ могут быть скорректированы с помощью методик пластической хирургии, а также одномоментным или отсроченным комбинированием, или сочетанием этих методик в одной или в нескольких анатомических областях с хорошим эстетическим эффектом.

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ПО МЕТОДИКЕ «UNIPORTAL VATS»

Сушко А. А., Можейко М. И., Могилевец Э. В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Олейник А. О.

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»,

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение. Перспективы развития торакальной хирургии в мире заключаются в эволюции хирургического вмешательства на основе инновационных технологий по пути уменьшения хирургической и анестезиологической травмы. Так, по данным D. Gonzales-Rivas, D. Gossot, уже с 2010г. до 15 % резекционных вмешательств в ведущих мировых хирургических торакальных клиниках выполняются методами «single-port», или «uniportal VATS». Применение инновационных хирургических эндоскопических инструментов и стаплеров позволяют через один, более широкий (до 3 см.) торакопорт проводить в плевральную полость и видеокамеру, и манипуляторы.

Цель. Совершенствование методики видеоторакоскопического вмешательства в диагностике и лечении патологии легких и плевры.