Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования. Красноярский государственный медицинский университет им. Проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана

РЕФЕРАТ НА ТЕМУ:

Липосакция. Объем липосакции.

Заведующий кафедрой: ДМН, Профессор Винник Юрий Семенович

Выполнил: Ординатор 2 года обучения Красноярского государственного медицинского университета

Владимиров Иван Владимирович

ОБЪЕМ ЛИПОСАКЦИИ

В настоящее время принято различать липосакцию:

* малого объема (с удалением до 1,5—2,5 л жира)
* большого объема (2,5—5 л жира)
* сверхбольшого объема (более 5 л жира)

Липосакция малого объема может быть выполнена под местной анестезией и в амбулаторных условиях. Липосакция большого объема требует госпитализации пациента на 1—3 дня. При сверхбольшой липосакции сроки госпитализации могут быть увеличены и определяются индивидуально.

Какое максимальное количество жира можно удалять во время операции, не увеличивая риск вмешательства до опасного уровня? Данный вопрос, ответы на который весьма противоречивы, наиболее актуален прежде всего в отношении пациентов с нестабильной массой тела и страдающих ожирением II—IV степени. В 1993 г. группа египетских врачей сообщили о возможности удаления в ходе одной операции до 11 л жира. Данному вмешательству предшествовала серьезная предоперационная подготовка, включающая предварительную эксфузию крови. В послеоперационном периоде проводили интенсивную инфузионную терапию и возврат аутокрови.

Альтернативой «супероперациям» является выполнение липосакции в таком объеме, который не вызывает значительной анемии, относительно легко переносится пациентом и не создает условий для развития тяжелых общих и местных осложнений. И тот и другой подход имеют свои преимущества и недостатки. Одноэтапная большая операция. Несмотря на то, что риск общей анестезии невелик, по мнению некоторых авторов, серия из двух-трех малых липосакции создает в целом больший анестезиологический риск по сравнению с одной большой операцией. Кроме того, предварительная эксфузия крови с ее переливанием после операции позволяет предотвратить риск развития выраженной анемии. Наконец, одномоментная операция сокращает финансовые затраты пациента и, что очень важно, потери времени.

**Серийные липосакции**. К их преимуществам относят максимально высокую безопасность вмешательств и возможность их проведения в амбулаторных условиях или с госпитализацией минимально й длительности. Результаты лечения достигаются постепенно. При необходимости могут быть внесены коррективы в ходе последующих операций. В то же время серьезными недостатками данного подхода считают значительно большие затраты пациентом времени, наряду с увеличением общей стоимости лечения.

Опыт более 800 операций, выполненных в Центре пластической и реконструктивной хирургии, показал следующее. Исходя из того, что количество крови в эксфузате составляет в среднем около 25 % , объем удаляемого жира у пациентов с локальными формами ожирения в основном не должен превышать 3000 мл. У пациентов, страдающих ожирением, при массе тела более 100 кг возможно удаление до 5000 мл жировой ткани. Следует подчеркнуть, что данные величины весьма приблизительны и в значительной мере зависят от объема введенного в ткани раствора, степени толерантности тканей к адреналину, плотности жировой клетчатки, массы пациента, общей площади обработки зон и т. д. В последние годы появились сообщения о возможности относительно безопасного удаления больших объемов жировой ткани при ультразвуковой липосакции. В конечном счете каждый хирург принимает решение об объеме операции, исходя в первую очередь из своего личного опыта.

Но золотое правило хирургии не имеет альтернативы: лучше сделать две относительно безопасные операции, чем одну реально опасную для жизни и здоровья пациента. Соблюдение этого правила особенно важно в тех случаях, когда хирург встречается с пациенткой, имеющей распространенные локальные жировые отложения особо значительной толщины. Чаще всего это бывает на бедре, где могут сочетаться все три типа локального ожирения с практически циркулярным отложением жировой клетчатки. В этих случаях хирург должен помнить не только о площади раневой поверхности, остающейся после липосакции, но и о глубине механического повреждения тканей. Здесь обычная схема подсчета количества обрабатываемых зон неприменима. И не только из-за того, что их трудно определить. При одном и том же количестве зон увеличение глубины обработки тканей приводит к возрастанию тяжести операции.

Список используемой литературы:

1. Baird W., Nahai F. The use of lipoplasty in contouring and debulking of flaps // Clin. Plast. Surg — 1989.— Vol. 16, № 2, - P. 395-399 .

2. Baroudi R. Lipolisis combined with conventional surgery / / Lipoplasty. The theory and practice of blunt suction lipectomy / Ed. by G.P.Hctter - Boston: Little, Brown, 1984. - P. 357 - 374.

3. Baroudi R. Reoperation after liposuction and body contour surgery // Reoperative aesthetic & reconstructive plastic surgery / Ed. by J.C.Grotting.— Vol. 2.— St. Louis, Missouri, 1995. - P. 1283-1295 .

4. Burk R.W., Guzman-Stein G., Vasconez LO. Lidocaine and epinephrine levels in tumescent technique liposuction // Plast. reconstr. Surg.— 1996.— Vol. 97, № 7.— P. 1380.

5. Clayton D.N., Clayton J.N., Lindley T.S. el al. Large volume lipoplasty // Clin. Plast. Surg.- 1989,- Vol . 16, № 2.- P . 305-312 .

6. Ersek RA. Serial suction lipectomy // Clin. Plast. Surg.— 1989.-Vol . 16, № 2. - P. 313-317 .

7. Fournier P.F., Otteni F.M. Lipodissection in body sculpturing: the dry procedur e // Plast. reconstr. Surg.— 1983.— Vol. 72. - P. 598.

8. Gasperoni C, Salgarello M. Rationale of subdermal liposaction related to anatomy of subcutaneous fat and the superficial system // Aesth. Plast. Surg.- 1995. - Vol. 19, № 1.— P. 13-20 . 11. Greenwood N.J. Adipose Tissue: Cellulas Morphology and Development // Ann. Intern. Med.— 1985.—Vol. 103.—P. 996-999 .