

**Стебунов С.С., Германович В.И., Глинник А.А., Дзядзько А.М.,  
Бучкина Е.И.**

## **ПРИНЦИПЫ БЕЗОПАСНОСТИ БАРИАТРИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

*Минский НПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии, г. Минск*

Высокая частота осложнений и неблагоприятных исходов любых операций у пациентов с избыточным весом была хорошо известна в самых различных областях хирургии. В бариатрической хирургии мы имеем дело чаще всего с тяжело больными пациентами, хотя они сами себя таковыми не считают. Более того, общественность до сих пор не считает ожирение болезнью и в случае осложнений выставляет повышенные требования к хирургам. Поэтому изначально во главу угла хирургического лечения ожирения должен быть положен принцип безопасности.

Нами сформулированы некоторые принципы безопасности бариатрических операций, которые основаны на опыте хирургического лечения более 600 вмешательств. Мы изначально исходили из того, что несмотря на использование малоинвазивных технологий, объем бариатрического вмешательства у пациента с лишним весом и сопутствующими заболеваниями всегда серьезный. Клиника и хирурги должны быть всегда готовы к борьбе с возможными осложнениями на любом этапе ведения таких пациентов. Выполняя любую первичную операцию необходимо думать о том, что ты будешь делать при повторном вмешательстве или осложнении.

Основными вопросами повышения безопасности в бариатрии, на наш взгляд, являются: организационный, технический, анатомический и послеоперационный. В организационном плане необходима отработка всех этапов ведения пациентов, подготовка персонала клиники, техническое обеспечение всем необходимым оборудованием и медикаментами, организация и обеспечение расширенного предоперационного обследования с привлечением профильных и смежных специалистов, подробное консультирование пациентов с информированием о всех возможных осложнениях и тщательный отбор на оперативное лечение.

Предоперационная подготовка (кратко-, среднесрочная и длительная) состоит в коррекции сопутствующих заболеваний, попытки снижения веса (для уменьшения рисков и определения комплаентности пациента), безжировая диета в течение 2-3 недель, ведут к снижению периоперационных рисков и улучшению результатов лечения. Анатомические аспекты состоят в планировании операции, выборе ее разновидности в зависимости от индивидуальных особенностей пациента, учете таких, как конституция, сопутствующая патология и ее тяжесть, величина гепатоза, сальника и др. Во время операции большое значение имеют стандартные доступы и их

вариабельность в зависимости от анатомических особенностей, наличие необходимой длины троакаров и инструментов, методов надежного гемостаза, качественной оптики. Из технических аспектов также значится наличие не менее двух мониторов, операционного стола с повышенной грузоподъемностью и функциональностью, достаточный запас медикаментов и расходных материалов, оснащение анестезиологического рабочего места.

Необходимое техническое обеспечение, а также стандартизация этапов операции и применение механического шва способствуют сокращению времени операции и повышению качества хирургической техники. Обязательным является наличие современного наркозного аппарата с капнографом, гибкой эндоскопии для трудной интубации, нейромышечного блока, обогрева пациентов. В центре мы проводим все бариатрические вмешательства под комбинированной анестезией с предварительным ТАП-блоком без использования опиоидов. Пристальное внимание уделяется методам предоперационной (антикоагулянты за 12 часов), периоперационной (пневмокомпрессия нижних конечностей, управляемая гемодилюция) и послеоперационной (ранняя активизация, антикоагулянты через 6-12 часов и до выписки) профилактики тромбоемболических осложнений. Тяжеловесным пациентам рекомендуем продолжить такую профилактику в течение 1 месяца после выписки (ксарелто 10 или 20 мг в сутки). Обеспечению безопасности пациентов на всех этапах способствует применение современных методов Fast-track реабилитации.

Пробуждение пациентов и экстубация осуществляются на операционном столе (суггамадекс), перевод сразу в палату пробуждения (отказ от реанимации, если нет сонного апноэ). В послеоперационном периоде мы не применяем внутрижелудочного зонда, дренажи удаляем на следующие сутки после операции. Ранний прием светлой жидкости (2-3 часа после операции), ранняя активизация (2-3 часа), прием жидкой пищи (1-2 дня), достаточное обезболивание, профилактика тошноты и рвоты (метакопромид), прием ИПП (ронтак, омепразол, нольпаза), антибиотикопрофилактика, выписка через 3-4 дня. В клинике должна быть возможность круглосуточного проведения КТ, МРТ, экспертного УЗИ, R-скопии желудка и кишечника.

Таковы основные принципы безопасности в бариатрической хирургии. Их соблюдение должно быть обязательным условием выполнения хирургических вмешательств у пациентов с ожирением в клиниках, занимающихся этой проблемой.