

## ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

*Жук А.С., Садовский Д.Н., Слободин Ю.В.*

*Государственное учреждение «Республиканский клинический медицинский центр» Управления делами Президента Республики Беларусь, г. Минск*

**Актуальность.** Морбидное ожирение это актуальная проблема современного здравоохранения как в мире, так и в Республике Беларусь. Ожирение и связанные с ним заболевания являются одним из ведущих в структуре причин временной нетрудоспособности, приводят к ухудшению качества жизни пациентов и снижают их способность к социальной адаптации. На сегодняшний день эффективным способом лечения морбидного ожирения и компенсации связанных с ним заболеваний является бариатрическая хирургия. Современные бариатрические операции характеризуются высокой эффективностью, относительной безопасностью и низкой травматичностью. Повысилась потребность в этих операциях, в связи с увеличением в стране количества пациентов с ожирением, что заставляет осваивать и выполнять бариатрические операции в общехирургических отделениях.

**Цель.** Представить результаты внедрения бариатрических операций в общехирургическом отделении.

**Материалы и методы.** На базе хирургического отделения ГУ «РКМЦ» УДПРБ в период с января 2020 года по апрель 2024 года проведено 139 оперативных вмешательств при морбидном ожирении. Все пациенты проходили стандартизированное предоперационное обследование. Кроме того, в протокол предоперационного обследования данной группы пациентов в нашем Центре включены: рентгенография черепа, показатели углеводного обмена, определение уровня гликированного гемоглобина, анализ крови на уровень тестостерона у мужчин, у женщин - эстрадиола, 17-оксипрогестерона, консультация эндокринолога, анестезиолога, полисомнография, ультразвуковое исследование вен нижних конечностей и сердца, спирография. Показанием к выполнению лапароскопической рукавной резекции желудка являлся индекс массы тела пациента более 35 кг/м<sup>2</sup>, также сочетание сахарного диабета с индексом массы тела пациента более 45 кг/м<sup>2</sup>. Показанием к лапароскопическому минигастрошунтированию являлось наличие сахарного диабета с индексом массы тела пациента от 35 до 45 кг/м<sup>2</sup>.

Средние величины представлены в виде медианы с 25% и 75% квартильным интервалом – Me [25; 75].

**Результаты.** За указанный период рукавных резекций желудка выполнено 132 (95%) операции, минигастрошунтирований - 7 (5%) операций. Средний возраст пациентов составил 40 [35; 50] лет. В 2020 году выполнено 12 (8,6%) операций, в 2021 и 2022 годах - по 34 (24,5%) операции, в 2023 году 53(38,13%) операции, за 4 месяца 2024 года- 6 (4,3%) операций. Индекс массы тела пациентов составил 45 [41; 50] кг/м<sup>2</sup>. В операции участвовали 2 хирурга;

оператор находился между разведённых ног пациента; использовался 1 троакар 10 миллиметров, 1 – 12 миллиметров, 1 – 5 мм, для отведения левой доли печени использовался ретрактор Натансона. Продолжительность оперативного вмешательства составила 120 [95; 150] минут. Болевой синдром в послеоперационном периоде 3 - 5 по ВАШ. В послеоперационном периоде проводилось обезболивание нестероидными противовоспалительными средствами без применения наркотических анальгетиков. Активизация пациентов выполнялась в течении первых часов после оперативного вмешательства, согласно протоколам ERAS (Enhanced Recovery After Surgery). В раннем послеоперационном периоде в хирургическом стационаре имело место 2 (1,42%) случая несостоятельности аппаратного шва желудка, 1(0,71%) случай кровотечения из линии шва в брюшную полость. Все случаи осложнений потребовали ре – лапароскопии с дополнительным гемостазом при кровотечении и выполнения лапароскопических швов ручным методом в местах несостоятельности аппаратного шва с дополнительным дренированием брюшной полости. В раннем послеоперационном периоде в отделении летальных исходов не наблюдалось. Продолжительность пребывания в стационаре составила 6 [5; 7] дней.

**Выводы.** Количество бариатрических операций с каждым годом увеличивается, что требует освоения и выполнения этих операций врачами – хирургами в общехирургических отделениях. Послеоперационный период характеризуется относительно невыраженным болевым синдромом, ранней активизацией пациентов с коротким периодом пребыванием в стационаре. Для уменьшения послеоперационных осложнений требуется индивидуальный и комплексный подход к допуску пациента на операцию.