

**ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ
ОТДЕЛЕНИИ**

*Садовский Д.Н., Жук А.С., Кухарчик М.С., Францкевич Д.В.,
Сидоров С.А, Комаровский О.В, Мостович П. В., Бородин П.С.,
Руденков М.П., Слободин Ю.В.*

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

**DEVELOPMENT PROSPECTS AND RESULTS OF LAPAROSCOPIC
OPERATIONS IN THE GENERAL SURGICAL DEPARTMENT.**

*Sadovsky D.N., Zhuk A.S., Kukharchik M.S., Frantskevich D.V.,
Sidorov S.A., Komarovsky O.V., Mostovich P.V., Borodin P.S.,
Rudenko M.P., Slobodin Yu.V.*

Government agency

"Republican Clinical Medical Center"

Office of the President of the Republic of Belarus, Minsk

Введение. В настоящее время малоинвазивные методики при различных заболеваниях, требующих хирургического вмешательства применяются с большей частотой как в экстренных случаях, так и при плановых операциях. Оснащение медицинских учреждений Республики Беларусь, доступность получения информации о перспективных и новых оперативных вмешательствах в мире, позволяют хирургам расширять показания и спектр выполняемых вмешательств при хирургических заболеваниях. Актуальными операциями на современном этапе развития лапароскопической хирургии являются вмешательства при грыжах различных локализациях и бариатрическая хирургия.

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. 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.

Герниология это одно из самых стремительно развивающихся направлений хирургии. С внедрением эндовидеохирургии появились и развиваются малоинвазивные методы герниопластик как при лечении паховых грыж, так и при лечении вентральных грыж. С внедрением модификации метода экстраперитонеальной эндовидеохирургической герниопластики (TEP - totally extraperitoneal hernia repair) появился метод

расширенной полностью экстраперитонеальной эндовидеохирургической герниопластики (eTEP -extended totally extraperitoneal hernia repair), который позволяет выполнять операции при различных видах грыж передней брюшной стенки - паховых, белой линии живота, поясничной области, а также при диастазе прямых мышц живота.

Цель. Представить результаты внедрения бариатрических операций и непосредственные результаты хирургического лечения грыж передней брюшной стенки эндовидеохирургическим расширенным тотальным экстраперитонеальным доступом 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. Показанием к выполнению лапароскопической рукавной резекции желудка являлся индекс массы тела пациента более 35 кг/м^2 , также сочетание сахарного диабета с индексом массы тела пациента более 45 кг/м^2 . Показанием к лапароскопическому минигастрошунтированию являлось наличие сахарного диабета с индексом массы тела пациента от 35 до 45 кг/м^2 .

В период с апреля 2023 год по апрель 2024 года проведено 50 оперативных вмешательств при вентральных грыжах. Все пациенты проходили стандартизированное предоперационное обследование. Расположение и размер дефекта вентральной грыжи классифицированы по критериям EHS (Европейская ассоциация герниологов).

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

Результаты и обсуждение. 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^2 . 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. 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.

Из 50 выполненных герниопластик, методом eTEP было выполнено 12 (24%) операций. Из них 8 (66,6%) мужчин и 4 (33,4%) женщины, средний возраст пациентов составил $54 \pm 14,7$ года. 4 (33,3%) пациента имели первичные вентральные грыжи (M2-3W1R0), 6 (50%) пациентов – послеоперационные вентральные грыжи (M2-4W1-2R0-1) и 2 (16,7%) пациента – рецидивные вентральные грыжи (M2,3W1,2R0-1). Индекс массы тела пациентов составил 30 [28,4; 36,5] кг/м². Доступ в ретромускулярное пространство выполнялся в мезогастррии слева. В ходе операции переход в контралатеральное ретромускулярное пространство был выполнен в 8 (66,6%) случаях с помощью приёма верхний «кроссовер» и в 4 (33,3%) случаях - нижний «кроссовер». Продолжительность оперативного вмешательства составила 150 [77,5; 225] минут. Устанавливались адгезивные сетчатые протезы 15x17см и 20x30см. Фиксация сетчатых протезов не выполнялась. Апоневроз мышц ушивался с помощью шовного материала с насечками. В одном случае дополнительно был применён шов апоневроза прямых мышц живота с помощью иглы Берси. В одном случае было выполнено дренирование ретромускулярного пространства. Все пациенты в послеоперационном периоде находились в палате хирургического отделения. Болевой синдром в послеоперационном периоде составил 3 - 6 по ВАШ. В послеоперационном периоде проводилось обезболивание нестероидными противовоспалительными средствами без применения наркотических анальгетиков. Активизация пациентов выполнялась в течении первых часов после оперативного вмешательства с бандажом, согласно протоколам ERAS (Enhanced Recovery After Surgery). В раннем послеоперационном периоде осложнений не было. Продолжительность послеоперационной госпитализации составила 3,5 [3; 4] дня.

Выводы. На этапе внедрения новые виды хирургических пособий с использованием лапароскопического оборудования технически сложны и длительны по времени. Количество пациентов с грыжами не уменьшается, а с ожирением с каждым годом увеличивается, поэтому требуется освоение и выполнение этих операций врачами–хирургами в общехирургических отделениях. При этом, в сравнении с «открытыми» методами хирургии отмечается сокращение послеоперационного койко-дня, уменьшение интенсивности болевого синдрома в послеоперационном периоде и потребности в анальгетиках, снижение случаев послеоперационных осложнений, ранняя активизация пациентов.