

показателю «боль и дискомфорт». В основной группе количество пациентов без боли и дискомфорта после операции составило 90 и 80%, что было больше, чем в каждой из подгрупп сравнения (72,7 и 30%,  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Разработанный метод позволяет повысить эффективность профилактики образования послеоперационных вентральных грыж у пациентов с морбидным ожирением путем оптимизации техники ушивания лапаротомного доступа с отсутствием местных осложнений как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периоде, сокращения длительности стационарного лечения и повышения качества жизни пациентов после операции.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ОРИГИНАЛЬНОЙ МЕТОДИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ**

Глинник А. А., Богушевич О. С., Стебунов С. С., Руммо О. О.,  
Пикиреня И. И., Германович В. И.

ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и  
гематологии», г. Минск, Республика Беларусь  
ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,  
г. Минск, Республика Беларусь

**Введение.** Морбидное ожирение в последнее время становится одной из актуальных проблем здравоохранения. Количество пациентов с лишним весом увеличивается из года в год. Отмечается существенный рост пациентов с заболеваниями, ассоциированными с ожирением – неалкогольный стеатогепатит с трансформацией в цирроз, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, артрозы суставов нижних конечностей и др. Начиная с 70-х годов XX века, активно развивается новое направление лечения морбидного ожирения – бариатрическая хирургия. Предложено около 50 различных оперативных вмешательств пациентам с индексом массы тела (ИМТ) более  $35 \text{ кг/м}^2$ . «Золотым стандартом» в настоящее время признана операция рукавной (вертикальной) резекции желудка.

Являясь наиболее физиологичной, она в то же время позволяет пациенту нормализовать свой вес и при этом минимизирует такие поздние нежелательные эффекты, как диарея, витаминные и белковые расстройства. В то же время операция достаточно дорогая из-за применения дорогостоящих сшивающих аппаратов, которых требуется до восьми штук на одну операцию. Альтернативой этому методу стала разработка метода гастропликации, однако частые рвоты, которые наблюдались у пациентов в раннем послеоперационном периоде, не позволяют широко применять данную методику. Нами была разработана оригинальная методика оперативного вмешательства, которая включает резекцию дна желудка, ушивание линии механического шва и продолжение линии ручного шва в пликацию тела желудка. При этом используются только две кассеты сшивающих аппаратов.

**Материал и методы.** С 2015 г. выполнено 12 оперативных вмешательств по оригинальной методике. Все пациенты страдали морбидным ожирением (ИМТ 35-41 кг/м<sup>2</sup>). Мужчин было трое, женщин – девять. Средний возраст пациентов – 41 год. Оперативные вмешательства проводились лапароскопически с использованием 5 троакаров и с полусидячей («французской») укладкой пациента. В послеоперационном периоде учитывались темпы снижения веса, наличие рвоты, изменения в биохимическом анализе крови.

**Результаты и обсуждение.** Длительность оперативного вмешательства составляла 60-80 минут. Послеоперационный период у всех пациентов протекал гладко, рвота наблюдалась в одном случае, была кратковременной и купировалась однократным введением препарата «Метоклопромид». У всех пациентов наблюдалось значительное снижение веса на 4-6 кг/мес в течение первого полугодия после операции с последующим постепенным снижением скорости до 1 кг/мес. При исследовании биохимических показателей крови мы не наблюдали снижения уровней белка, витаминов и минералов ниже пороговых. В то же время следует отметить, что у всех пациентов эти показатели были у нижней границы нормы.

**Выводы.** Разработанная оригинальная методика лапароскопического лечения морбидного ожирения является достаточно эффективной и может быть рекомендована пациентам с ожирением 1-2 степени. Резекция дна желудка позволяет избегать такого раннего осложнения, как рвота. Эффект от оперативного вмешательства сопоставим с эффектом от рукавной резекции желудка. При этом разработанное оперативное вмешательство имеет больший экономический эффект.

## **РУКАВНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА – «ЗОЛОТОЙ» СТАНДАРТ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ**

Глинник А. А., Богушевич О. С., Стебунов С. С., Руммо О. О.,  
Пикиреня И. И., Германович В. И., Авлас С. Д., Шило Р. В.

ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и  
гематологии», г. Минск, Республика Беларусь  
ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,  
г. Минск, Республика Беларусь

**Введение.** Рукавная резекция желудка является наиболее часто применяемой операцией у пациентов, страдающих морбидным ожирением. К плюсам применения данной операции относят относительную простоту выполнения, физиологичность прохождения пищевого комка, возможность трансформации операции в шунтирующую. Ежегодно в мире выполняется более 200 тыс. рукавных резекций желудка. В настоящее время за операцией закрепилось название «золотой стандарт бариатрической хирургии». Оперативное вмешательство также показано при наличии у пациента диабета 2 типа. Эффект операции связан не только с уменьшением объема желудка и его диаметра, но и со снижением выработки гормона грелина, основная масса которого синтезируется в удаляемой части органа. Все вышесказанное делает рукавную резекцию желудка крайне эффективной операцией у пациентов с ожирением 1-3 степени.

**Материал и методы.** В отделении хирургии Минского научно-практического центра хирургии, трансплантологии и