

А. С. Никоненко¹, Д. А. Децьк², А. В. Клименко², Н. Г. Головка², Е. И. Гайдаржи²

¹ Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины

² Запорожский государственный медицинский университет

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Представлены результаты бариатрических вмешательств в клинике госпитальной хирургии ЗГМУ. За 5 летний период прооперировано 22 пациента – 18 женщин и 4 мужчин. Возраст варьировал от 37 до 51 года, средний – $42,1 \pm 3,6$ лет. Вес до операции – от 88 до 190 кг, средний $116,14 \pm 26,59$ кг. ИМТ от 30,8 до $64,1 \text{ кг/м}^2$, средний $41,53 \pm 8,49 \text{ кг/м}^2$. Выполнены следующие виды оперативных вмешательств: у 4 (18%) пациентов выполнено лапароскопическое регулируемое бандажирование желудка с использованием шведского регулируемого бандажа SAGB, у 3 (14%) больных выполнено лапароскопическое нерегулируемое бандажирование желудка, у 6 (27%) выполнена рукавная резекция желудка (gastric sleeve). У 1 пациентки была выполнена симультанная операция: удаление интрагастрального баллона с одновременной продольной резекцией желудка. У 9 (41%) пациентов выполнена операция лапароскопическое шунтирование желудка (gastric bypass). Проводили оценку процента потери избыточной массы тела (% EWL). У больных, перенесших регулируемое и нерегулируемое бандажирование желудка, процент потери избыточной массы тела в среднем составил (% EWL): за 6 мес. – 35%, 12 мес. – 65%, 24 мес. – 70%, 30 мес. – 73%, 36 мес. – 76%, 48 мес. – 88%, 60 мес. – 91%. Процент потери избыточной массы тела (% EWL) после гастрощунтирования составил: за 3 мес. – 21%, 6 мес. – 45%, 9 мес. – 77,5%, 12 мес. – 79%, 18 мес. – 84%, после рукавной резекции желудка (gastric sleeve) (% EWL): за 3 мес. – в среднем 42%, 6 мес. – 44%, 9 мес. – 58%, 12 мес. – 62%.

Ключевые слова: хирургия ожирения, шунтирование желудка, продольная резекция желудка, бандажирование желудка, бариатрические операции.

Ожирение – хроническое заболевание, которое стало одной из основных проблем здравоохранения в большинстве промышленно развитых стран. ВОЗ «заставила» медицинскую общественность по новому оценить проблему избыточной массы тела и ожирения, пересмотреть устоявшуюся «косметическую» концепцию проблемы. Так, по данным статистики ВОЗ, около 30% жителей планеты страдают избыточной массой тела, из них – 16,8% составляют женщины и 14,9% – мужчины, а к 2025 году примерно половина женщин и более 40% мужчин будут страдать ожирением. Наиболее частой формой ожирения является алиментарно-конституциональное, или первичное, в основе которого лежат переизбыток и гиподинамия, что обуславливает избыточное образование энергии в организме человека. Морбидное ожирение приобретает поистине угрожающие масштабы из-за неизбежного развития тяжелейших сопутствующих заболеваний, находящихся в прямой причинно-следственной связи с избыточной массой тела. Высокую медико-социальную значимость проблемы ожирения определяет не только его распространенность. Хорошо известно, что избыточная масса тела в жизни человека влечет за собой большое количество дополнительных проблем – ограничение

двигательной активности, предвзятое отношение окружающих, проблемы в личной жизни и профессиональной деятельности, затруднения в выборе одежды и многие другие. У больных ожирением очень часто наблюдаются депрессивные и невротические состояния.

Помимо социальной дезадаптации и психологических проблем, ожирение сопровождается также высоким риском инвалидизации больных трудоспособного возраста и значительным сокращением продолжительности жизни. Это происходит вследствие развития тяжелых сопутствующих заболеваний, адекватное лечение которых невозможно без коррекции массы тела. Ожирение характеризуется не только накоплением жировой ткани, но и многочисленными гормонально-метаболическими нарушениями, которые обуславливают тяжелые осложнения. В основе таких осложнений лежит инсулинорезистентность и гиперинсулинемия. Наиболее частыми критериями метаболического синдрома являются абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия, дислипидемия, инсулинорезистентность, нарушение углеводного обмена. В настоящее время доказано, что у лиц с морбидным ожирением единственным адекватным методом лечения, позволяющим добиться существенного

и стойкого снижения веса, являются бариатрические операции. Использование только терапевтических методов (диета, медикаментозное лечение, модификация образа жизни, физические упражнения, психологическая коррекция) не оказывает у лиц с морбидным ожирением должного эффекта. В современной литературе появилось достаточно много сообщений о том, что бариатрические операции не только способствуют снижению веса, а и позволяют значительно приостановить развитие СД 2 типа, а в некоторых случаях, полностью нормализовать уровень глюкозы в крови и нарушения липидного обмена.

Материал и методы

В клинике госпитальной хирургии ЗГМУ в течение 5 лет внедрены различные хирургические методы лечения ожирения. За этот период прооперировано 22 пациента – 18 женщин и 4 мужчин. Возраст – от 37 до 51 года, средний – $42,1 \pm 3,6$ лет. Вес до операции – от 88 до 190 кг, средний – $116,14 \pm 26,59$ кг. ИМТ – от 30,8 до $64,1 \text{ кг/м}^2$, средний – $41,53 \pm 8,49 \text{ кг/м}^2$.

У 18 (88%) пациентов диагностирована сопутствующая патология: артериальная гипертензия – у 15 (83,0%); ИБС – у 6 (33%) больных; бронхиальная астма (тяжелое течение) у 1 (5,0%); СД 2 тип – у 3 (16%), у 8 (44%) больных нарушение толерантности к глюкозе, у 8 (44%) – выявлена гиперхолестеринемия.

За этот период в клинике выполнены следующие виды оперативных вмешательств: у 4 (18%) больных – выполнено лапароскопическое регулируемое бандажирование желудка с использованием шведского регулируемого бандажа SAGB. Для проведения бандажа использовался инструмент «Gold Finger», что значительно упрощало методику установки и сокращало время операции. После установки бандажа, во всех случаях, выполняли его перитонизацию. Регулировочный порт устанавливали под кожу в правой подреберной области. В 2 случаях использовали систему Velocity, что значительно упрощало установку порта. У 3 (14%) больных выполнено лапароскопическое нерегулируемое бандажирование желудка. В качестве бандажа использовалась манжета, изготовленная из полипропиленовой сетки. При установке бандажа во всех случаях применяли методику установки через «pars flaccida». Манжету формировали на желудочном зонде диаметром 36 Fr с использованием линейный сшивающий аппарат с белыми кассетами. Это позволило более точно выполнить калибровку соустья между малым и большим желудочком, а так же ускорить и упростить операцию. У 6 (27%) больных выполнена рукавная резекция желудка (gastric sleeve). У 1 пациентки была выполнена симультанная операция: удаление интрагастрального баллона с одновременной

продольной резекцией желудка, у 9 (41%) пациентов выполнена операция лапароскопическое шунтирование желудка (gastric bypass). Пересечение желудка начинали по малой кривизне на уровне отхождения 2 желудочной аркады. Длина алиментарной петли составляла 150 см. У 7 пациентов гастроэнтероанастомоз формировали при помощи линейного сшивающего аппарата с впередибодочным проведением алиментарной петли. В одном случае сформирован ручной гастроэнтероанастомоз 2-х рядным швом с проведением алиментарной петли позадибодочно. При выполнении оперативных вмешательств использовали сшивающий аппарат «Эшелон» 60» с зелеными и синими кассетами.

Все пациенты проходили всестороннее обследование перед операцией и в послеоперационном периоде. Проводили оценку антропометрических данных с определением индекса массы тела (ИМТ кг/м^2), выполняли инструментальные исследования желудка (ФГДС, контрастное рентгенографическое исследование пищевода и желудка с определением эвакуаторной функции), УЗИ органов брюшной полости, определяли показатели центральной гемодинамики. Выполняли исследование углеводного обмена (глюкоза, С – пептид, инсулин, гликозилированный гемоглобин, тест толерантности к глюкозе), исследовали липидограмму. Отдаленные результаты оценивали в сроки от 3 месяцев до 5 лет. Проводили оценку процента потери избыточной массы тела (% EWL) по формуле $\% \text{ EWL} = (\text{потерянная масса тела (кг)} / \text{избыточная масса тела (кг)}) \times 100\%$. Избыточная МТ (кг) = МТ больного (кг) – идеальная МТ (кг). Идеальная масса тела определяется по международной таблице веса и роста в зависимости от пола и роста пациента.

Результаты и обсуждение

Проводили оценку процента потери избыточной массы тела (% EWL). У больных, перенесших регулируемое и нерегулируемое бандажирование желудка, % потери избыточной массы тела (% EWL) в среднем составил: за 6 мес. – 35%, 12 мес. – 65%, 24 мес. – 70%, 30 мес. – 73%, 36 мес. – 76%, 48 мес. – 88%, 60 мес. – 91%. EWL % потери избыточной массы тела после гастропшунтирования: за 3 мес. – 21%, 6 мес. – 45%, 9 мес. – 77,5%, 12 мес. – 79%, 18 мес. – 84%, после рукавной резекции желудка (gastric sleeve) – (% EWL): за 3 мес. – в среднем 42%, 6 мес. – 44%, 9 мес. – 58%, 12 мес. – 62%.

Несмотря на то, что многие больные имели тяжелую сопутствующую патологию, летальности после бариатрических операций не было. У 1 пациентки после шунтирования желудка на 7 сутки развилась спаечная кишечная непроходимость на уровне алиментарной петли, что потребовало выполнения релапароскопии и наложения

обходного энтероэнтероанастомоза. Исход – выздоровление. У 1 пациентки после рукавной резекции желудка на 5 сутки в зоне сформированной желудочной трубки развилась острая язва по малой кривизне желудка, осложненная прикрытой перфорацией. Выполнена релaparоскопия, ушивание язвы, дренирование брюшной полости. Сформировался неполный желудочный свищ с дебитом отделяемого до 80 мл в сутки. Консервативными мероприятиями свищ устранен. Исход – выздоровление. У одной больной через 31 месяц отмечена миграция бандажа в просвет желудка. Первые признаки миграции проявились формированием серомы и воспаления вокруг регулировочного порта. Больной выполнено лапароскопическое удаление бандажа. Впоследствии, спустя год, выполнена операция лапароскопическое шунтирование желудка.

Проводилась так же оценка соматического состояния больных после операции: артериальная гипертензия, дислипидемия стабилизировались у всех пациентов; у больных с бронхиальной астмой сохраняется ремиссия в течение 4 лет, нарушений толерантности к глюкозе в отдаленном периоде не выявлено, СД 2 типа компенсирован без приема препаратов. В сроке более 9 месяцев двум больным потребовались пластикокорректирующие операции – выполнены абдоминопла-

стика с липосакцией с хорошими эстетическими результатами. Оценка качества жизни показала улучшение по нескольким параметрам: улучшение самочувствия, расширение физической активности, отказ от приема медикаментов или снижение их дозировок, улучшение самооценки и также, что немаловажно, достижение социальной реабилитации.

Выводы

1. Данные литературы и собственные исследования свидетельствуют о том, что современные бариатрические вмешательства достаточно эффективно снижают вес, положительно влияют на коррекцию метаболических нарушений, улучшают качество жизни, профессиональную и социальную адаптацию у больных с ожирением.

2. Применение миниинвазивных методик позволяет улучшить результаты лечения, достигнуть хорошего косметического эффекта и снизить время пребывания в стационаре.

3. В протоколы лечения больных с морбидным ожирением и метаболическим синдромом необходимо в обязательном порядке включать консультацию бариатрического хирурга с целью определения показаний к применению бариатрических методов лечения.

Стаття надійшла до редакції: 15. 08. 2013

О. С. Никоненко¹, Д. А. Децик², А. В. Клименко², М. Г. Головко², Є. І. Гайдаржі²

¹ Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України

² Запорізький державний медичний університет

ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ОЖИРІННЯ ТА МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ

Представлені результати бариатричних втручань в клініці госпітальної хірургії ЗДМУ. За 5-річний період прооперовано 22 пацієнта – 18 жінок і 4 чоловіків. Вік від 37 до 51 року, середній – 42,1±3,6 років. Вага до операції – від 88 до 190 кг, середній 116,14±26,59 кг. ІМТ від 30,8 до 64,1 кг\м², середній 41,53±8,49 кг\м². Виконані наступні види оперативних втручань: у 4 (18%) пацієнтів виконано лапароскопічне регульоване бандажування шлунка з використанням шведського регульованого бандажа SAGB, у 3 (14%) хворих виконано лапароскопічне нерегульоване бандажування шлунка, у 6 (27%) виконана рукавна резекція шлунка (gastric sleeve). У 1 пацієнтки була виконана симультанна операція: видалення інтрагастрального балона з одночасною поздовжньої резекцією шлунка. У 9 (41%) пацієнтів виконана операція – лапароскопічне шунтування шлунка (gastric bypass). Проводили оцінку відсотка втрати надлишкової маси тіла (% EWL). У хворих, які перенесли регульоване і нерегульоване бандажування шлунка, відсоток втрати надлишкової маси тіла в середньому склав (% EWL): за 6 міс. – 35%, 12 міс. – 65%, 24 міс. – 70%, 30 міс. – 73%, 36 міс. – 76%, 48 міс. – 88%, 60 міс. – 91%. Відсоток втрати надлишкової маси тіла (% EWL) після гастрощунтування склав: за 3 міс. – 21%, 6 міс. – 45%, 9 міс. – 77,5%, 12 міс. – 79%, 18 міс. – 84%, після рукавної резекції шлунка (gastric sleeve) (% EWL): за 3 міс. – в середньому 42%, 6 міс. – 44%, 9 міс. – 58%, 12 міс. – 62%.

Ключові слова: хірургія ожиріння, шунтування шлунка, поздовжня резекція шлунка, бандажування шлунка, бариатричні операції.

A. S. Nikonenko¹, D. A. Detsyk², A. V. Klymenko², N. G. Golovko², E. I. Gaidarzi²

¹ *Zaporizhzhia Medical Academy of Post-Graduate Education Ministry of Health of Ukraine*

² *Zaporizhzhia State Medical University*

THE EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF OBESITY AND METABOLIC DESORDERS

The results of bariatric interventions in the clinic of hospital surgery in ZSMU are shown. Over a 5 year period 22 patients were operated - 18 women and 4 men. Age from 37 till 51 years, mean – 42,1±3,6 years. Weight before surgery from 88 till 190 kg, mean – 116,14±26,59 kg. A BMI from 30,8 till 64,1 kg/m², average 41,53±8,49 kg/m². The following types of surgery: in 4 (18%) – laparoscopic adjustable gastric banding using the Swedish adjustable band SAGB, 3 (14%) patients – laparoscopic non-adjustable gastric banding, 6 (27%) patients – gastric sleeve resection. 1 patient were underwent simultaneous operation. Removal of intragastric balloon and at the same time the gastric sleeve resection. Laparoscopic gastric bypass was performed in 9 (41%) patients. Evaluation of the percentage of excess weight loss (% EWL) was performed. On an averaged in patients undergoing adjustable and non-adjustable gastric banding the percentage of (% EWL) was: for 6 months. – 35%, 12 months. – 65%, 24 months. – 70%, 30 months. – 73%, 36 months. 76%, 48 months. – 88%, 60 months. – 91%. EWL% after gastric bypass: 3 months. – 21% 6 months. – 45%, 9 months. – 77.5%, 12 months. – 79%, 18 months. – 84%. Sleeve gastrectomy (gastric sleeve resection) (% EWL): up to 3 months – on an average 42%, 6 months – 44%, 9 months – 58%, 12 months – 62%.

Keywords: surgery of obesity, gastric bypass, gastric sleeve, gastric banding, bariatric operations.