

## АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

*Гарелик П.В., Дешук А.Н., Колешко С.В., Кислюк И.В.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Метаболический синдром (МС), согласно современным представлениям, - это комплекс гормональных и клинических нарушений, являющихся факторами высокого риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, в основе которых лежит первичная инсулинрезистентность и компенсаторная системная гиперинсулинемия. Около 15% всех людей в возрасте от 40 лет страдают этим сложным симптомокомплексом, включающим в себя как минимум три компонента: нарушение толерантности к глюкозе или сахарный диабет 2 типа, абдоминальный тип ожирения, дислипидемию, артериальную гипертензию, гиперурикемию, микроальбуминурию и тенденцию к быстрому прогрессированию атеросклероза и его осложнений. По данным ВОЗ в Европе от 40 до 60 миллионов человек страдает МС. Основными этиологическими факторами МС являются: генетическая предрасположенность, избыточное потребление жиров и гиподинамия [1,4].

Одним из основных критериев постановки диагноза МС является абдоминальное ожирение - хроническое заболевание, распространенность которого в мире приобрело размах пандемии. Так количество человек, страдающих избыточным весом в Республике Беларусь (индекс массы тела равен  $30 \text{ кг/м}^2$  и более) с каждым годом неуклонно растет. Так, если количество человек в возрасте 16 лет и старше, страдающих избыточным весом в 2005 году составляло 15,5%, а в 2010 году – 20,7%, то уже в 2014 году их количество увеличилось до 24,3% [2]. Само по себе ожирение не является показанием к бариатрической операции. Показаниями к хирургическому лечению являются: морбидное ожирение (индекс массы тела более  $40 \text{ кг/м}^2$ ); индекс массы тела от 35 до  $40 \text{ кг/м}^2$ , но при наличии сопутствующих заболеваний или осложнений, резко ухудшающих прогноз (сахарный диабет, неконтролируемая артериальная гипертензия, сердечная недостаточность и др.); неэффективность консервативного лечения в течение 5 лет. Основными задачами хирургического лечения ожирения следует считать следующие: существенно уменьшить потребление пищи или ограничить ее всасывание в желудочно-кишечном тракте. На сегодняшний день все виды бариатрических операций можно разделить на три большие группы: мальабсорбтивные (еюноилеостунтирование (ЕИШ)), гастрорестриктивные (различные виды гастропластики, бандажирование желудка, использование внутрижелудочных баллонов) и комбинированные

(билиопанкреатическое шунтирование, шунтирование желудка, сочетание двух первых групп) [1,2,3].

С января 2013 года в г. Гродно в клинике общей хирургии УО «ГрГМУ» на базе УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» начали выполнять некоторые виды бариатрических операций: гастропликация, ЕИШ, или их сочетание.

**Цель.** Анализ результатов хирургического лечения пациентов с метаболическим синдромом и морбидным типом ожирения, оценка эффективности применения бариатрических операций в условиях клиники общей хирургии УО «ГрГМУ».

**Методы исследования.** В период с января 2013 года по октябрь 2015 года включительно в клинике общей хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет» с диагнозом метаболического синдрома и морбидного ожирения было оперировано 14 человек. Из них мужчин было 2 (14,3%), женщин – 12 (85,7%). Возраст пациентов варьировал от 31 года до 62 лет, вес – от 120 до 150 кг. Индекс массы тела составлял от 34,9 до 57,2 кг/м<sup>2</sup>. Из сопутствующей патологии наиболее часто встречались: желчнокаменная болезнь с хроническим калькулезным холециститом – 5 случаев (35,7%), артериальная гипертензия – 8 (57,1%), вентральные грыжи – 6 человек (42,9%).

После выполнения верхнесрединной лапаротомии (герниолапаротомии - у 3 (21,4%) пациентов с послеоперационными вентральными грыжами) всем пациентам выполняли субтотальную резекцию большого сальника. При наличии калькулезного холецистита – открытая холецистэктомия. Далее осуществлялась мобилизация желудка по большой кривизне, после чего 2–3-мя рядами швов выполняли вертикальную гастропластику (10 пациентов – 71,4%), сужая просвет желудка до диаметра толстого желудочного зонда. Следующий этап – еюноилеошунтирование (10 человек – 71,4%) с наложением анастомоза «конец в бок» или «бок в бок» и оставлением функционирующего отдела тонкой кишки – 100-110 см. Для профилактики рефлюкса в выключенный участок кишки и развития байпас-энтерита, на него накладывался поперечный клапан-инвагинат и формировалась «шпора». Для замедления сброса химуса в подвздошный отдел кишки, на дистальный конец тощей кишки накладывался спиральный клапан-инвагинат. При ушивании брюшной полости у пациентов с грыжами выполнялась герниопластика местными тканями по типу Сапежко (4 (28,6%) человека) и с применением сетчатого трансплантата – у 2 (14,3%) пациентов.

**Результаты и их обсуждение.** Оперативное лечение позволило добиться стойкого снижения массы тела у всех пациентов (потеря массы тела составила от 32 до 53% от исходной). Наилучшие результаты были у 6 (42,9%) пациентов, которым одновременно вы-

полнялась гастропластика и ЕИШ. Снижение массы тела было в пределах 42 – 53%, послеоперационный период протекал гладко, диарея не наблюдалась.

У 4 (28,6%) пациентов, которым было выполнено только ЕИШ, в течение первых 3-х месяцев после выписки из стационара показатели физического и психического компонентов качества жизни были низкими, что обусловлено типичными побочными эффектами операции ЕИШ: вздутием живота, длительной стойкой диареей, диспепсическими расстройствами, анорексией, отхождением зловонного газа. И только к концу 1-го года после операции они расценивали свое самочувствие как удовлетворительное, а потеря массы тела достигала до 49% от исходной.

В тех случаях, когда применялась только гастропластика (4 (28,6%) пациента), значительного результата достигнуть не удалось, а у 1-ой пациентки при обследовании через 6 месяцев желудок был растянут и принимал практически прежние размеры, поскольку соблюдать диету и режим питания она отказалась. Из осложнений в послеоперационном периоде следует отметить: нагноение послеоперационной раны – 2 (14,3%) случая, образование сером послеоперационной раны – 2 (14,3%) случая, спаечная кишечная непроходимость – 1 (7,1%) случай.

**Выводы.** Выполнение бариатрических операционных пособий целесообразно только у пациентов, готовых быть под наблюдением и выполнять врачебные рекомендации в течение длительного послеоперационного периода. Сочетание вертикальной гастропластики и еюноилеошунтирования является наиболее эффективным методом стабильной потери массы тела у пациентов. Применение данных операций является патогенетически обоснованным, и может быть рекомендовано к широкому практическому применению. Необходимо дальнейшее изучение и разработка научно обоснованных критериев для выбора того или иного вида оперативного вмешательства, в зависимости от имеющихся предоперационных данных. Выполнение данных оперативных вмешательств лапароскопически является безусловно более рациональным и обоснованным, чем лапаротомический вариант, при наличии соответствующего оборудования.

#### Литература

1. Седлецкий, Ю.И. Современные методы лечения ожирения / Ю.И. Седлецкий // СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2007. – 416 с.
2. Дедов, И.М. Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты / И.М. Дедов, Г.А. Мельниченко // «МИА», 2006. – 456 с.
3. American association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic and Bariatric Surgery Medical Guidelines for Clinical Practice for the perioperative nutritional, metabolic and non-surgical support of the bariatric surgery patient. Surg Obes Relat Dis. – 2008. - № 4 (5 Suppl). – P. 109-184.
4. Body mass index and all-cause mortality in a nationwide US cohort / D. Freedman [et al] // Int J Obes (Lond). – 2006. - № 30. – P. 822-829.