

ВЫБОР МЕТОДА БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОЖИРЕНИИ

Стебунов С. С., Богушевич О. С., Глинник А. А., Минов А. В.

ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Проблема избыточного веса и ожирения чрезвычайно распространена в современном мире и приобретает характер эпидемии. Бариатрическая хирургия является наиболее эффективным методом обеспечения значительного и длительного снижения веса при морбидном ожирении.

Цель: разработать индивидуальный подход к выбору методики бариатрической операции в зависимости от тяжести ожирения, возраста, наличия метаболических нарушений и психологических настроек пациентов, готовности их к лечению.

Материал и методы. Мы имеем опыт проведения бариатрических оперативных вмешательств с 2006 г. Накопленный опыт 348 вмешательств позволяет дифференцированно подходить к вопросу о выборе типа оперативного вмешательства. Регулируемое бандажирование желудка (ЛБЖ) выполнено 140 пациентам с применением управляемой системы Lap Band. Возраст пациентов составлял 20-63 года, масса тела составляла 85-178 кг, а средний индекс массы тела (ИМТ) – $42,4 \text{ кг/м}^2$. СЛИВ-резекция желудка (ЛРЖ) выполнена 134 пациентам (24-55 лет; вес 89-232 кг, средний ИМТ $46,7 \text{ кг/м}^2$). Желудочное шунтирование (ГШ) выполнено 45 пациентам в возрасте 30-55 лет (вес от 135 до 180 кг, ИМТ в среднем $53,2 \text{ кг/м}^2$). Еще в 9 случаях была произведена пликация желудка (в 7 случаях по усовершенствованной нами методике с резекцией дна) и 20 ревизионных (повторных) вмешательств. Максимальный вес оперированного пациента – 232 кг.

Результаты и обсуждение. На сегодняшний день нет одной идеальной и применимой во всех случаях бариатрической операции. Поэтому в бариатрической хирургии выполняется множество различных вмешательств. «Золотым стандартом» в настоящее время в некоторых странах считается желудочное

шунтирование. По частоте выполнения бариатрических операций, по мировой статистике, последние десятилетия идет постоянная их смена.

Требования к «идеальной» бариатрической операции следующие: стойкое снижение веса и высокая эффективность в лечении коморбидных состояний; безопасность и минимальное количество осложнений; относительная простота выполнения самой операции и ревизионных вмешательств после нее; отсутствие выраженных метаболических и витаминных нарушений в послеоперационном периоде; возможность восстановления нормальной анатомии; малоинвазивность.

В этих условиях считаем оптимальным применение нескольких бариатрических вмешательств с индивидуальным подходом к их выполнению. Преимуществами применения нескольких основных бариатрических технологий в одном центре считаем следующие: у пациента и хирурга имеется выбор; имеется возможность индивидуального выбора методики у хирурга, исходя из конкретной ситуации для уменьшения риска и получения максимального эффекта от лечения; возможность объективного суждения о преимуществах и недостатках той или иной методики; имеется также возможность и опыт повторных (ревизионных) оперативных вмешательств при неэффективности изначально выбранной методики, а также для ликвидации осложнений.

Длительность ЛБЖ составила 30-69 минут. Средний койко-день – 2,3. В этой группе пациентов вес в первые годы при хорошем результате постепенно снижается, а через 7 лет отмечается его возрастание, хотя и не достигающее дооперационного уровня. У 19 пациентов проведены повторные бариатрические вмешательства по переводу ЛБЖ в другие бариатрические операции. Снижение избыточной массы тела – 47%.

Среднее время операции ЛРЖ составило 123 минуты. Средний койко-день – 4,7. В послеоперационном периоде у трех пациенток наблюдали несостоятельность скрепочного шва желудка. В двух случаях осложнение ликвидировано

лапароскопически, у третьей пациентки потребовалось выполнение лапаротомии. Снижение веса – 66%.

Операции ГШ выполнялись лапароскопическим доступом как в классическом варианте с Ру-петлей, так и минигастрошунтирование с одним анастомозом. В ближайшем послеоперационном периоде у 1 пациента мы наблюдали несостоятельность гастроэнтероанастомоза, которая была ликвидирована лапароскопически. Среднее время вмешательства – 156 минут. Средний койко-день – 4,2. Снижение избыточной массы тела – 84%.

ЛБЖ является эффективным способом лечения у пациентов с ИМТ до 40 кг/м^2 в молодых возрастных группах, особенно у женщин детородного возраста и планирующих беременность или же при высоком оперативном риске. У пациентов с ИМТ свыше 40 кг/м^2 , «сладкоежек», с тяжёлыми и длительно существующими основными составляющими МС, а также у лиц с низкой мотивацией операции ЛБЖ целесообразно изначально предпочесть рукавную резекцию желудка как первый этап или сразу выполнять шунтирующие операции. В последние годы выполнение ЛБЖ в клинике имеет единичные случаи.

ЛРЖ считаем альтернативой всем бариатрическим вмешательствам у пациентов с ИМТ от 35 до 45 кг/м^2 в любом возрасте. Можно рассматривать этот вид операций как первый этап лечения у пациентов с суперожирением и высоким операционно-анестезиологическим риском оперативного лечения, когда более безопасным является этапное лечение. Учитывая литературные и наши данные об увеличении числа рефлюксной болезни после ЛРЖ, считаем нецелесообразным применение данной методики при недостаточности кардии, клинике ГЭРБ и грыжах пищеводного отверстия диафрагмы.

ГШ считаем методом выбора у пациентов с ИМТ свыше 45 кг/м^2 , лиц со слабой мотивацией к лечению, а также при СД 2 типа и выраженным метаболическим синдромом. При клиническом проявлении рефлюксной болезни и диафрагмальных грыжах выполняем минигастрошунтирование или «классическое» шунтирование в сочетании с крурорафией.

Выводы. Современный арсенал бариатрической хирургии позволяет дифференцированно подходить к подбору вида оперативного вмешательства, исходя из ИМТ, наличия сопутствующих ожирению заболеваний (метаболического синдрома) и выраженности мотивации у пациентов.

Принимая во внимание значительные различия в общем состоянии пациентов, обеспечить эффективное и безопасное лечение можно только путем индивидуального подхода к выбору методики бариатрического вмешательства.

НАШ ОПЫТ СОВРЕМЕННОЙ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Стебунов С. С., Глинник А. А., Богушевич О. С.,
Минов А. В., Руммо О. О.

ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Частота ожирения за последние 20 лет увеличилась во всем мире в 3 раза. Более 65% населения нашей страны имеют лишний вес (16% мужчин и 32% женщин). Учитывая распространенность ожирения и малую эффективность консервативных методов лечения, количество выполняемых в мире бариатрических операций по поводу морбидного ожирения неуклонно возрастает. В настоящее время наиболее часто выполняются лапароскопическое бандажирование желудка (ЛБЖ), гастрощунтирование (ГШ) и другие виды шунтирующих операций, а также рукавная резекция желудка (ЛРЖ), которая во всем мире вышла на первое место по частоте исполнения.

Цель: изучить результаты 348 бариатрических вмешательств у пациентов с разной степенью ожирения.

Материал и методы. Мы имеем опыт проведения всех современных видов бариатрических оперативных вмешательств с 2006 г. Накопленный опыт 348 вмешательств позволяет дифференцированно подходить к вопросу о выборе типа оперативного вмешательства при ожирении, а также повысить безопасность выполнения данных вмешательств.