

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Радиевский И.Л., Гетманчук С.М.

Брестская областная клиническая больница, Брест, Беларусь

Введение. Эпидемия ожирения в Европе представляет собой беспрецедентную проблему здравоохранения, которая к тому же недооценивается, плохо изучена и не полностью осознается как государственная проблема, имеющая значительные экономические последствия. Плохое питание, слабая физическая активность приводит к развитию ожирения с сопутствующими болезнями. Среди взрослого населения на избыточную массу тела и ожирение ежегодно приходится около 80% случаев диабета второго типа, 35% случаев ишемической болезни сердца и 55% случаев гипертонической болезни. СД опасен развитием осложнений, и оказывает непосредственное влияние на качество и продолжительность жизни пациентов. Снижение массы тела на 10% и более приводит к уменьшению риска развития сердечно-сосудистой патологии на 9%, а СД – на 44%, общей смертности – на 20%. Избыточная масса тела и ожирение являются факторами риска развития ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, ишемического инсульта, рака ободочной кишки, рака молочной железы, рака эндометрия и остеоартрита, а также оказывают негативное влияние на психосоциальное здоровье людей и качество их жизни, что является препятствием для экономического развития и реализации экономических возможностей отдельных категорий людей. Лечение больных с избыточной массой тела, ожирением, метаболическим синдромом, требует не только снижения массы тела, но также лечения всех его составляющих компонентов. Хирургические методы лечения ожирения (бариатрическая и метаболическая хирургия) часто приводят к ремиссии СД 2 типа с длительной, нередко пожизненной нормализацией уровня глюкозы плазмы и гликированного гемоглобина (HbA1c) с прерыванием медикаментозного лечения. Хирургическое лечение при ожирении является единственной мерой, доказавшей свою эффективность в плане снижения массы тела у больных с морбидным ожирением на длительный срок (более 10 лет). Хирургические методы лечения эффективны, позволяют в большинстве случаев добиться необходимой потери массы тела и ремиссии сопутствующих ожирению заболеваний.

Цель работы. Улучшение результатов хирургического лечения больных ожирением и метаболическим синдромом за счёт совершенствования и разработки методов хирургического лечения.

Материалы и методы. Комплексное изучение вопросов лечения различной абдоминальной патологии на фоне морбидного ожирения была начата в клинике с 2014 года. За этот период пролечено 463 пациента у которых ИМТ превышал 30 кг/м². В данной группе пациентов женщин было

– 328 (70,8%), мужчин – 135 (29,2%). Возраст пациентов от 18 до 73 лет. Средний возраст составил $36 \pm 0,81$ года, при этом 87,3% больных были моложе 50 лет, то есть находились в трудоспособном возрасте. У прооперированных пациентов масса тела колебалась от 98 до 320 кг, составив в среднем $163,41 \pm 3,61$ кг. У абсолютного большинства больных отмечены сопутствующие заболевания в стадии компенсации, которые, на наш взгляд, были связаны в основном с имеющимся патологическим ожирением. При выборе видов бариатрических вмешательств были использованы данные, накопленные зарубежными авторами в этой области за последние года. В основном акцент сместился на выполнение шунтирующих операций, как наиболее эффективно влияющих на снижение веса и стабилизацию заболеваний, ассоциированных с ожирением. Все бариатрические операции выполнялись лапароскопически. За период внедрения бариатрии выполнено 14 (3%) гастропликаций, 42 (9%) рукавные резекции желудка, 12 (2,6%) мини гастрешунтирований. Классическое желудочное шунтирование с анастомозом по Ру выполнено 395 (85,3%) пациентам. Вследствие развития послеоперационных состояний и в связи с возникновением неудовлетворительных результатов, связанных с набором веса пациентами в отдаленный период, привело к необходимости выполнения повторных бариатрических операций 8 (1,7%) пациентам, кроме того нами оперировано 8 пациентов, которые ранее оперировались в других бариатрических центрах.

Результаты и обсуждение. Результаты проведенных бариатрических операций характеризовались в комплексе оказываемого влияния на динамику и процент снижения избыточного веса, компенсацию или избавление от ассоциированной с ожирением соматической патологии и изменением качества жизни пациентов. Важнейшим моментом у пациентов, перенесших бариатрическую операцию, является разъяснение необходимости правильного питания. При этом ограничивается по однократному объему количество принимаемой пищи, частота приема пищи, правила перехода от жидкой к твердой пище в дальнейшем. Один из критериев оценки результатов любого хирургического вмешательства — частота осложнений в ближайшем послеоперационном периоде. В связи с этим все мероприятия, проводимые после операции, направлены на профилактику ранних послеоперационных осложнений. Длительность операции желудочного шунтирования составила $70,2 \pm 12,8$ мин. Койко-день составил $3,8 \pm 1,3$ дня, при этом у 84,2% пациентов он не превышал 3 дней. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде выявлены у 14 (3%) пациентов. Наиболее частым осложнением было кровотечение в просвет ЖКТ по линии механического шва - 6 (1,3%) или в брюшную полость - 2 пациента (0,4%). У 4 пациентов возникло кровотечение из гастроэнтероанастомоза, у 2 из межкишечного анастомоза, в 3 случаях остановлено эндоскопически клипированием кровоточащего сосуда и в 2 случаях приведшее к релапароскопии (1 пациент - гастротомия и прошивание кровоточащего сосуда, 1 пациент – энтеротомия и прошивание сосуда в области межкишечного анастомоза). У 2 пациентов было внутрибрюшное

кровотечение: 1 - из места стояния троакара, 1 - из механического шва культи желудка. Всем пациентам понадобилась релапароскопия. В одном случае (0,2%) отмечена несостоятельность гастроэнтероанастомоза, с формированием подпеченочного абсцесса, что привело к необходимости выполнения лапаротомии, дренирования брюшной полости. У двух (0,4%) пациентов развилась высокая тонкокишечная непроходимость, вызванная ущемлением участка тонкой кишки в окне брыжейки энтероэнтероанастомоза – была выполнена релапароскопия, ликвидация непроходимости. В последующем эта проблема не возникала, так как окно в брыжейке тонкой кишки ушивалось в процессе выполнения операции.

У 3 (0,7%) пациентов возникли осложнения в сроки от 2 недель до 3 месяцев, что вызвало необходимость повторной госпитализации и повторного оперативного вмешательства (1 - внутрибрюшное кровотечение, источник которого после релапароскопии не был установлен и возникшей позже несостоятельностью гастроэнтероанастомоза, формированием перигастрального абсцесса, который был лапароскопически дренирован, 2 – рецидивирующие кровотечения из гастроэнтероанастомоза, выполнена экстренно лапароскопическая резекция гастроэнтероанастомоза с переводом минишунтирования в шунтирование на петле по Ру, 3 – глубокая незаживающая язва культи желудка с пенетрацией в отключенную часть желудка, выполнена лапароскопическая резекция культи желудка).

Выводы. Проведение бариатрических вмешательств позволяет пациентам вернуть активное существование в социальной среде и вернуть качество жизни на уровень пациентов без ожирения.

Выполнение бариатрических операций сопровождается низкой или нулевой послеоперационной летальностью и низким уровнем ранних послеоперационных осложнений, на основании чего все методы хирургического лечения морбидного ожирения можно считать операциями выбора в лечении этой категории пациентов.