

БАРИАТРИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОЖИРЕНИИ 1 СТЕПЕНИ

Стебунов С.С., Германович В.И., Глинник А.А., Стебунова А.С.

Минский НПП хирургии, трансплантологии и гематологии

BARIATRIC SURGERY FOR GRADE I OBESITY

Stebunov S.S., Hermanovich V.I., Hlinnik A.A., Stebunova A.S.

Minsk Scientific and Practical Center of Surgery, Transplantology and Hematology

Введение. Согласно данным разных авторов, до 25% населения в развитых странах страдает от ожирения, которое можно определить, как умеренное или ожирение 1 степени с ИМТ от 30 до 35 кг/м². Литературные источники указывают, что пациенты с ожирением 1 степени также имеют определенный риск или уже страдают значительной сопутствующей патологией, такой как сахарный диабет 2 типа, артериальная гипертензия, дислипидемия, синдром обструктивного апноэ во сне и др. Большинство исследований показывают, что хирургическое лечение ожирения (бариатрическая операция) в этой группе пациентов приводит к значительному снижению веса и разрешению сопутствующих заболеваний.

Цели. Изучить непосредственные и отдаленные результаты и провести анализ клинических данных в группе пациентов с 1 степенью ожирения (ИМТ от 30 до 35 кг\м²) после проведения бариатрических вмешательств в нашем центре.

Материалы и методы. Мы имеем опыт выполнения более 1200 бариатрических вмешательств. С 2014 года по сентябрь 2024 года 129 пациентов с ожирением 1 степени и сопутствующими заболеваниями, которым были выполнены различные бариатрические операции, были включены в исследование. Группа состояла из 84 женщин и 45 мужчин в возрасте от 20 до 67 лет. 49 из них (37.9%) имели компенсированный сахарный диабет 2 типа или инсулинорезистентность, 61 (47.2%) артериальную гипертензию, 67 (52%) дислипидемию (чаще всего гиперхолестеринемию), 12 (15.5%) страдали синдромом обструктивного апноэ во сне, у большинства 98 (76%) наблюдалось по несколько метаболических нарушений.

Результаты и обсуждения. Все пациенты были оперированы лапароскопическим способом. Контрольные осмотры с анализом биохимических показателей выполнялись стандартно через 1, 3, 6, 12 месяцев и далее по необходимости. Максимальный срок наблюдения – 10 лет. Из проведенных операций у 2 была произведена гастропликация с резекцией дна (оригинальная методика, Евразийский патент), у 26 пациентов – регулируемое бандажирование желудка, у 76 – рукавная резекция желудка и у 25 – минигастрошунтирование на короткой петле. Среднее снижение ИМТ после всех операций в 12 месяцев составило 7 кг\м² (после гастропликации – 3.6 кг\м², бандажирования – 6 кг\м², рукавной резекции

желудка – 8.7 кг\м², гастрощунтирования – 9.7 кг\м²). Наибольшее снижение наблюдалось, таким образом, после шунтирующих операций, наименьшее – после пликация желудка и бандажирования. Необходимо отметить, что у двух пациенток после гастропликации, у 15 пациентов после бандажирования и у 10 пациентов после рукавной резекции желудка наступил частичный возврат веса. Из этих пациентов в 3 случаях после удаления бандажа было произведена рукавная резекция желудка, однако у всех пациентов снова наступал рецидив веса и им позднее было произведено минигастрощунтирование. В двух случаях после рукавной резекции желудка было произведена ре-резекция расширенной части желудка и во всех случаях через 3-4 года мы наблюдали частичный возврат веса. В дальнейшем во всех случаях после удаления бандажа и после рукавной резекции (рестриктивные операции) в качестве ревизионной мы производили только шунтирующую операцию. С 2022 года мы отказались от выполнения гастропликаций и бандажирования желудка ввиду их малой эффективности.

У большинства пациентов с инсулинорезистентностью и сахарным диабетом 2 типа после бариатрической процедуры наблюдалось улучшение или нормализация гликемических показателей (у 6 пациентов полная ремиссия сахарного диабета с прекращением терапии). Улучшение наблюдалось у 48 из 61 больных артериальной гипертензией, у всех остальных наступило полное выздоровление. Обструктивное апноэ исчезло у всех 12 пациентов. Интраоперационных осложнений в данной группе пациентов мы не наблюдали. В послеоперационном периоде в одном случае имело место внутрибрюшное кровотечение, потребовавшее релапароскопии. Из других осложнений в данной группе пациентов имели место дислокация бандажа в 2 случаях, эрозия бандажа в просвет желудка в одном случае, несостоятельность швов после рукавной резекции желудка в двух случаях и несостоятельность гастроэнтероанастомоза после минигастрощунтирования в одном случае. Общее количество всех не летальных осложнений – 5.4%.

Традиционные рекомендации по бариатрической хирургии включают в себя показания к хирургическому лечению ИМТ не ниже 35 при отсутствии сопутствующих заболеваний и от 32 кг\м² при наличии метаболического синдрома. Однако последние годы эндокринологи и бариатрические хирурги настаивают на проведении операции у пациентов с сахарным диабетом при ИМТ начиная от 30 кг\м². Хотя имеющиеся на сегодня литературные данные ограничены числом обследований у таких пациентов и отсутствуют долгосрочные данные, доказывающие влияние бариатрических вмешательств на гликемию, уровень липидов или снижение риска сердечно-сосудистых заболеваний, независимо от критериев ИМТ и их сравнение с консервативными методами лечения.

Выводы. Наши данные подтверждают осуществимость и безопасность бариатрических операций у пациентов с начальными стадиями ожирения, учитывая малую эффективность консервативных методов лечения. Выбор метода операции при ожирении 1 степени зависит от возраста,

сопутствующих заболеваний, пищевого поведения и комплаентности пациента. При сахарном диабете 2 типа и выраженном метаболическом синдроме лапароскопическое бандажирование желудка и гастропликация в большинстве случаев имеют кратковременный эффект и со временем требуют ревизионных вмешательств.

По нашему мнению, в случае малой эффективности первичной операции и частичного возврата веса у данной группы пациентов после рестриктивного вида операции необходимо склоняться в пользу мальабсорбтивной (шунтирующей) операции. В нашем центре методом выбора такой ревизионной операции в последние годы является минигастрошунтирование.