

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ.

Мартыненко М.В., Кручинин Е.В., Павлов А.А.

Тюменский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации (625023, Тюмень, Россия).

В данной статье обобщена актуальная информация на апрель 2017 года об используемых хирургами в Тюменской области методах бариатрических вмешательств. В городе Тюмени бариатрические хирурги используют современные и эффективные методики, позволяющие лечить пациентов с различными стадиями ожирения, включая морбидное ожирение. Благодаря малой травматичности и высокой эффективности для большинства пациентов, лапароскопическое регулируемое бандажирование желудка является наиболее часто используемой в Тюменском регионе бариатрической операцией. Второй по популярности методикой является лапароскопическая продольная резекция желудка, а третьей – лапароскопическое гастрощунтирование. На данный момент не существует идеальной методики, которая сочетала бы в себе максимальную эффективность и отсутствие побочных эффектов. Однако, данные способы максимально приближены к этим критериям.

Ключевые слова: ожирение, бариатрическая хирургия, эндоскопия, лапароскопия.

ENDOSCOPIC METHODS OF TREATMENT OF METABOLIC SYNDROME IN THE TYUMEN REGION

Martynenko M.V., Kruchinin E.V., Pavlov A.A.

Tyumen state medical university of Health Ministry of the Russian Federation (625023, Tyumen, Russia).

This article summarizes the most relevant information for April 2017 about the most used methods of bariatric treatments in the Tyumen region. In Tyumen, bariatric surgeons use modern and effective methods to treat patients even with a morbid form of obesity. Due to minimal damage and high efficiency for most patients, laparoscopic adjustable gastric banding is the most commonly used bariatric surgery in the Tyumen region. The second most popular method is laparoscopic longitudinal resection of the stomach, and the third is laparoscopic gastroshunting. At the moment, there is no ideal technique that combines maximum efficiency and no side effects. However, these methods are as close as possible to these points.

The key words: obesity, bariatric surgery, endoscopy, laparoscopy.

Актуальность. Сегодня избыточным весом на планете страдает около 1 млрд. человек. В России отмечено, что в среднем 30% лиц трудоспособного возраста и более имеют ожирение. Ожирение является одним из важнейших факторов риска развития сахарного диабета, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца и ряда других тяжелых заболеваний внутренних органов. Ежегодно отмечаются 1 млн смертей, связанных с ожирением [1]. Актуальность бариатрической хирургии заключается не только в высокой частоте встречаемости метаболического синдрома среди больных, страдающих ожирением и СД-II, но и в безуспешности консервативного лечения подавляющего большинства таких пациентов.

В настоящее время среди множества вариаций бариатрических операций наиболее широко применяются 4 вида. Из числа рестриктивных операций на желудке широко применяются: лапароскопическое регулируемое бандажирование желудка (ЛРБЖ) и лапароскопическая

продольная (трубчатая, рукавная) резекция желудка (ЛПРЖ). Из числа комбинированных операций превалируют: лапароскопическое желудочное шунтирование (ЛЖШ) («золотой стандарт» бариатрических операций в США) и билиопанкреатическое шунтирование (БПШ) или его современная модификация — билиопанкреатическое шунтирование с исключением.

В отдельную группу выделяются пластические операции (дермолипэктомия, аспирационная липэктомия, липосакция и др), выполняемые по необходимости после существенной потери МТ.

Существуют также множество других методик, например, такие как *лапароскопическая гастропликация* (Gastric Plication), уменьшающая всасывающую площадь за счёт инвагинации части желудка в его же просвет, *мини-гастрошунтирование* (Mini-Gastric Bypass), *гастрошунтирование с межкишечным анастомозом по Брауну* (Omega-loop Gastric Bypass), при котором малая часть желудка анастомозируется с выключенной по Брауну петлей тонкой кишки, *билиопанкреатическое отведение с единственным дуодено-илеоанастомозом* (Single-anastomosis Duodeno-ileal Bypass – SADI). Но перечисленные методики на данный момент находятся лишь на стадии разработок либо недостаточно изучены их долгосрочные результаты и последствия.

Цель исследования – изучить виды применяемых лапароскопических бариатрических методик, используемых в стационарах города Тюмени.

Материалы и методы. С 2003 года на базе ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 1» (г. Тюмень) проведено более 160 бариатрических операций. На основе полученного опыта, свыше 10 лет тюменскими хирургами ведутся исследования в эффективности различных видов бариатрических вмешательств, среди которых особое место можно выделить именно лапароскопическим методам.

По механизму действия около 40 различных видов предложенных в бариатрии операций условно можно разделить на 3 группы:

1. операции, направленные на уменьшение площади всасывания, т.е. мальабсорбтивные операции (еюноилеошунтирование, дуоденоилеошунтирование и др.)
2. рестриктивные операции, ограничивающие объем потребляемой пищи, т.е уменьшающие объем желудка + гастроограничительные или рестриктивные операции (вертикальная гастропластика, бандажирование желудка, продольная резекция желудка и баллонирование желудка);

3. комбинированные оперативные вмешательства, сочетающие в разной степени рестриктивный и мальабсорбтивный компоненты (гастрошунтирование, билиопанкреатическое шунтирование в различных модификациях) [1].

В 2014 году на согласительной конференции в рамках XVII Съезда Общества эндоскопических хирургов России были приняты Национальные клинические рекомендации по бариатрической и метаболической хирургии, в которых прописаны показания к оперативному лечению пациентов с морбидным ожирением: 1. С ИМТ более 40 кг/м²; 2. С ИМТ 35-40 кг/м² при наличии сопутствующих ожирению заболеваний (сахарный диабет, заболевания сердечно-сосудистой системы, поражение суставов, ассоциированные психологические проблемы); 3. В расчет может браться как текущий ИМТ, так и максимальный, имевший место ранее.

Результаты и их обсуждение. Первая бариатрическая операция в Тюменской области была проведена в ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 1» в 2003 г. у пациента, имевшего массу 250 кг.

На клинических базах ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России: 1. ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 1» (г. Тюмень); 2. АО «МСЧ «Нефтяник»; 3. Центр охраны материнства и детства «Миромед» (г. Тюмень); 4. ОАО «РЖД» НУЗ «Отделенческая больница на станции Тюмень» (г. Тюмень) проводится изучение оперативного лечения пациентов с морбидным ожирением. В них успешно применяются операции: лапароскопического регулируемого бандажирования желудка (с 2009 года), лапароскопическая продольная резекция желудка (с 2011 года), лапароскопическое гастрошунтирование (с 2013 года).

Бандажирование желудка (Gastric banding в зарубежной литературе) для снижения МТ было разработано и предложено в 1976 году L.H.Wilkinson. Этот метод включает в себя разделение желудка с формированием малой, верхней его части объемом 10-15 мл. Разделение происходит за счет того, что хирург накладывает вокруг желудка кольцо, изготавливаемое, как правило, из медицинской силиконовой резины, предусматривающее в своей конструкции гидравлическую манжету на внутренней поверхности кольца. Благодаря этой манжете можно регулировать просвет бандажа. К преимуществам данного метода относятся: отсутствие необходимости вскрывать полый орган и использовать скрепочный шов, сохранение естественного пассажа пищи по всем отделам кишечника, участие в пищеварении всех отделов желудка, возможность послеоперационной регулировки объема бандажа. [3]. С 2009 года лапароскопическое бандажирование желудка проведено у 94

пациентов, благодаря чему данную операцию можно считать наиболее часто используемую в Тюменских клиниках.

Гастрошунтирование (Gastric Bypass) сочетает в себе рестриктивный компонент, в результате которого достигается эффект быстрого насыщения ввиду раздражения рецепторов желудка на небольшой объем потребляемой пищи, а также шунтирующий компонент, существенно уменьшающий площадь всасывания [6]. Мальабсорбтивный компонент ГШ обусловлен исключением из пассажа пищи большей части желудка, 12-перстной и начального отдела тощей кишки, а также ускорением транзита химуса. В зависимости от длины выключаемого сегмента тонкой кишки ГШ может выполняться в стандартном варианте, на длинной петле, и очень длинной петле (дистальное ГШ), выключенной по Ру. Операция ГШ отражается и на секреции грелина – снижается его уровень за счет изоляции расположенных преимущественно в области дна желудка грелинпродуцирующих клеток от непосредственного контакта с поступающей пищей [6]. Данная операция начала использоваться относительно недавно, поэтому на счету тюменских хирургов всего 2 подобные операции.

Продольная резекция желудка (вертикальная, рукавная резекция желудка или Sleeve Gastrectomy) – это вертикальная гастропластика, основанная на рестриктивном принципе, т.е. на равномерном сужении верхнего отдела ЖКТ с сохранением кардиального сфинктера и привратника, при которой создается равномерно узкая трубчатая форма желудка объемом 60-80 мл для ограничения поступления пищи, приводящая к раннему чувству насыщения. В качестве самостоятельной операции рукавная резекция желудка была выполнена в США (1997 г.), но еще раньше, в 1998 г., она была описана N. Scopinaro в качестве первого этапа операции билиопанкреатического шунтирования. Является второй по распространенности лапароскопической бариатрической операцией в Тюменской области. С 2011 года выполнена у 57 пациентов.

Выводы. На клинических базах ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России: 1. ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 1» (г. Тюмень); 2. АО «МСЧ «Нефтяник»; 3. Центр охраны материнства и детства «Миромед» (г. Тюмень); 4. ОАО «РЖД» НУЗ «Отделенческая больница на станции Тюмень» (г. Тюмень) успешно внедрены и используются современные лапароскопические бариатрические операции, а именно: лапароскопическое регулируемое бандажирование желудка, лапароскопическая продольная резекция желудка, лапароскопическое гастрошунтирование.

Список литературы

1. Кручинин Е.В. Аспекты выбора метода лечения больных ожирением. / Е.В. Кручинин, К.М. Аутлев, Е.Л. Янин, В.В. Иванов // Медицинская наука и образование Урала № 5/2008, С. 70-71.
2. Седлецкий Ю.И. Хирургическое лечение метаболического синдрома. / Ю.И. Седлецкий // СПб.: ЭЛБИ-СПб 2014.
3. Яшков Ю.И. Эффективность лапароскопической продольной резекции желудка у больных ожирением. / Ю.И. Яшков, О.Э. Луцевич, Н.С. Бордан, О.В. Ивлева // Ожирение и метаболизм. 2015. Т. 12. № 1. С. 20-28.