

ТЕЗИСЫ НАЦИОНАЛЬНОГО КОНГРЕССА С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ»

Под редакцией д.м.н. Ю.И. Яшкова

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ

А.А. АБДОКОВ, А.Н. АЙДЕМИРОВ, К.И. ДЕЛИБАЛТОВ, Ш.И. ГУСЕЙНОВ

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет Минздрава России». 357625, Ставрополь, Россия

Введение. Актуальность. Согласно всемирной статистике за последние 40 лет число больных с ожирением возросло в 3 раза. Только в РФ распространенность ожирения достигла 30 % от общей численности населения. Бариатрическая хирургия является высокотехнологичным и эффективным способом борьбы с ожирением, однако некоторые вопросы требуют детального рассмотрения.

Цели: 1. Клиническая оценка эффективности применения лапароскопической продольной резекции желудка (далее – ПРЖ) для лечения больных с морбидным ожирением. 2. Выявление влияния на течение заболеваний, ассоциированных с ожирением.

Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 147 пациентов с морбидным ожирением, которым выполнялась лапароскопическая ПРЖ в 2020–2022 гг. на базе ГБУЗ СК «СККБ».

Результаты. Все пациенты до операции были разделены на 4 группы по ИМТ: первая – 42 пациента с ИМТ 35 – 40 кг/м², вторая – 49 больных с ИМТ 40 – 45 кг/м², третья – 24 пациента с ИМТ 45 – 50 кг/м², четвертая – 32 пациента с ИМТ выше 50 кг/м². Для оценки результатов лечения производился расчет процента потери избыточной МТ (% Excess Weight Loss, или % EWL) после оперативного вмешательства: утерянная МТ в кг/исходный вес пациента в кг × 100 %. В сроки наблюдения 12 месяцев 147 больных также разделены на 4 группы по ИМТ: первая – менее 25 кг/м², вторая – 25–30 кг/м², третья – 30–35 кг/м² и четвертая 35 кг/м² и более. В исследуемых группах больных средняя потеря МТ составила: у 16 пациентов – 41,4±11 % (44,4 кг), у 49 пациентов – 31,8±11,2 % (35,7 кг), у 45 пациентов – 29,1±15 % (36,9 кг), у 37 больных – 31,2±8,45 % (48,5 кг). Через 12 месяцев значительно снизилось проявление ассоциированных с ожирением заболеваний: артериальная гипертония с 85 % до 43,5 %, сахарный диабет с 9,5 % до 7 %, нарушения толерантности к глюкозе с 5% до полного исчезновения, боли в суставах конечностей с 77,5 % до 73 %, люмбагии с 29,2 % до 14,2%, депрессия с 48,2 % до 6,1 %. Послеоперационные осложнения наблюдались у 5 пациентов: у 2 – внутрибрюшное кровотечение и у 3 – несостоятельность степлерного шва. Летальных исходов не было.

Выводы. Для улучшения качества и увеличения продолжительности жизни пациентов с морбидным ожирением лапароскопическая ПРЖ является современным и эффективным подходом и может использоваться как операция выбора. Также бариатрическая хирургия является результативным методом в отношении регресса заболеваний, ассоциированных с ожирением.

СОВРЕМЕННЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ ОЦЕНКИ РИСКА МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

К.А. АНИСИМОВА, Д.И. ВАСИЛЕВСКИЙ, С.Г. БАЛАНДОВ, Е.Т. БЕРУЛАВА, А.В. ЗИНЧЕНКО, Н.В. МАРКОВ, К.А. ПОПОВА

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И.П. Павлова Министерства здравоохранения Российской Федерации. Центр хирургического лечения ожирения и метаболических нарушений. 197022, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Актуальность. Современные лапароскопические технологии позволили снизить частоту развития ранних общехирургических осложнений до 2–6 %. Частота повторных операций значительно уменьшилась, но все еще возникают серьезные осложнения, исход которых зависит во многом от коморбидности пациента. Наиболее тяжелым в лечении осложнением остается несостоятельность швов степлерной линии культи желудка, сердечно-сосудистые осложнения, венозные тромбоэмболические осложнения, кровотечения.

Цель: улучшение результатов хирургического лечения пациентов с морбидным ожирением.

Материалы и методы. В исследование включены результаты хирургического лечения 249 пациентов с морбидным ожирением, находившихся на лечении в Центре хирургического лечения ожирения и метаболических нарушений с 2016 года по 2022.

Мультидисциплинарной командой врачей был разработан алгоритм предоперационного обследования и отбора пациентов на метаболические операции на основании не только лабораторных и инструментальных методов исследования, но и результатов анализа применения современных шкал и индексов: Obesity Surgery Mortality Risk Score (OS-MRS), Индекс коморбидности Charlson, Шкала оценки риска развития венозных тромбоэмболических осложнений Joseph A. Caprini, HAS-BLED.

Результаты. Применение разработанного алгоритма предоперационного обследования и тактики ведения пациентов с морбидным ожирением позволили снизить частоту таких осложнений как кровотечение, несостоятельность степлерной линии, венозные тромбоэмболические события в раннем послеоперационном периоде с 6 % до 2 %.

Выводы. Бариатрические операции должны проводиться с учётом результатов оценки коморбидности и стратификации риска хирургического лечения пациентов с морбидным ожирением. Разработанный алгоритм обследования и тактики ведения пациентов – кандидатов на метаболическую операцию – позволяет определить безопасную и эффективную стратегию хирургического лечения и расширить возможности применения бариатрической хирургии для коморбидных пациентов.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА К БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ

А.А. АРТЕМЬЕВА, Е.С. ОРЛОВСКАЯ, Е.А. ЗОРИН

ФГАУ «НМИЦ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России. 125367, Москва, Россия

Введение. Актуальность. По данным литературы до 14,6 % пациентов с ожирением 2 степени и до 20,1 % пациентов с ожирением 3 степени страдают сахарным диабетом 2 типа. Периоперационный период у пациентов с морбидным ожирением в сочетании с сахарным диабетом 2 типа сопряжен с высоким риском развития осложнений. С целью получения оптимального результата бариатрической операции и снижения риска периоперационных осложнений необходима предоперационная коррекция гипергликемии у пациентов с декомпенсированным сахарным диабетом. Однако в большинстве случаев на амбулаторном этапе коррекция углеводного обмена сопряжена с определенными трудностями, в том числе, обусловленными низкой комплаентностью данной категории пациентов.

Цель. Оценить эффективность краткосрочной предоперационной подготовки пациентов с морбидным ожирением и сахарным диабетом 2 типа в условиях стационара

Материалы и методы. С 2017 г. предоперационная коррекция гипергликемии у пациентов с морбидным ожирением и декомпенсированным сахарным диабетом 2 типа проводится в условиях стационара. При выявлении гипергликемии более 12 ммоль/л, кетонурии и глюкозурии проводится коррекция сахароснижающей терапии, в том числе с проведением инсулинотерапии инсулинами короткой и средней длительности действия. После достижения целевых значений глюкозы плазмы (7,8–10,0 ммоль/л) пациентам выполняется бариатрическая операция. При этом достижение целевого уровня гликированного гемоглобина в предоперационном периоде не является необходимым. В послеоперационном периоде продолжается коррекция гипергликемии с применением инсулинотерапии, а после начала энтерального питания проводится коррекция таблетированной сахароснижающей терапией с последующим динамическим наблюдением эндокринологом. Всего в соответствии с вышеописанной методикой пролечено 67 пациентов.

Результаты. Продолжительность предоперационной подготовки пациентов с сахарным диабетом в условиях стационара составила $5,34 \pm 0,55$ дней. Летальности и осложнений после операций не было.

Выводы. Полученные данные говорят об эффективности проведения краткосрочной предоперационной подготовки у данной категории пациентов; при этом предоперационное достижение целевого уровня гликированного гемоглобина не является строго обязательным и не оказывает влияния на течение периоперационного периода. Длительность предоперационной подготовки должна определяться достижением целевых значений глюкозы плазмы натощак (7,8–10,0 ммоль/л)

НОВЫЙ СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ МАНЖЕТЫ ПРИ ПРОДОЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ И КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Р.Г. АСКЕРХАНОВ¹, А.В. ЖУКОВА¹, Е.Б. КИСЕЛЕВА², М.С. БАЛЕЕВ²

¹Московский клинический научный центр имени А.С. Логинова

²НИИ Экспериментальной онкологии и биомедицинских технологий ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Введение. Актуальность. Риски развития гастроэзофагеальной болезни (ГЭРБ) у пациентов с ожирением в 2,5–3 раза выше, чем у лиц с нормальными показателями индекса массы тела. Бариатрическая хирургия в данном контексте является методом выбора лечения пациентов, страдающих как ожирением с одной стороны, так и ГЭРБ с другой (De Luca M., 2016; Kubo A., 2016). Оптимального оперативного пособия у таких пациентов на данный момент не существует, и его выбор зачастую является противоречивым. Так, к примеру, несмотря на тот факт, что продольная резекция желудка (ПРЖ) сопряжена с ГЭРБ у 7–9 % оперированных, полностью отказаться от данной методики не предоставляется возможным, а более того, по данным Международной федерации хирургии ожирения и метаболических нарушений (IFSO), симптомы ГЭРБ не являются противопоказанием к ПРЖ. В связи с этим возникает вполне закономерный вопрос: как бороться с клиническими проявлениями ГЭРБ у пациентов с ПРЖ? Решение этого вопроса требует поиска оптимального вида оперативного лечения.

Цель исследования. Оценка эффективности ПРЖ и предложенной нами методики фундопликации у пациентов с морбидным ожирением и клиническими проявлениями ГЭРБ.

Материалы и методы. На базе МКНЦ имени А.С. Логинова были прооперированы 4 пациента с морбидным ожирением и проявлениями ГЭРБ. После классической мобилизации желудка в 5 см от области привратника до его кардиального отдела (левой ножки диафрагмы), желудок пересечен вдоль малой кривизны линейными эндоскопическим сшивающим аппаратом. Аппаратный шов укрыт рядом серо-серозных швов ниткой V-lock.

Вторым этапом выполнена задняя круорофия тремя Z образными швами с последующим формированием манжеты из верхнего угла желудка с ротацией последнего вправо относительно собственной оси на 90 градусов и дополнительной фиксацией двумя узловыми швами к пищеводу.

Результаты. В ближайшем послеоперационном периоде все пациенты продемонстрировали снижение массы тела, и, кроме того, купировались явления ГЭРБ: перестали беспокоить симптомы изжоги, нивелировалась отрыжка воздухом, приступы удушья.

Выводы. Предложенная симультанная операция в виде продольной резекции желудка и нового метода формирования манжеты из культи желудка может быть использована в лечении пациентов с ожирением и клиническими проявлениями ГЭРБ.

КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НАЧАЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ОЖИРЕНИЯ

М.А. БЕРКОВСКАЯ, В.В. ФАДЕЕВ

ФГАОУ ВО Минздрава России Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет). 119048, Москва, Россия

Введение. Актуальность. Основная масса лиц с избыточным накоплением жировой ткани имеют ожирение 1 степени в соответствии с классификацией ВОЗ по ИМТ (ИМТ 30–34,9), либо только абдоминальное ожирение (ИМТ<30 с увеличением окружности талии). Даже незначительный избыток висцерального и эктопического жира в организме связан с повышением риска хронических заболеваний, ассоциированных с ожирением. Однако патологическое значение начальных форм ожирения часто недооценивается, что влечет за собой прогрессирование заболевания. Разработка и широкое внедрение комплексных структурированных программ управления ожирением повысит эффективность мероприятий по снижению массы тела и улучшению показателей здоровья и качества жизни у данной категории пациентов.

Цель. Разработать и внедрить комплексную, структурированную, индивидуализированную программу ведения пациентов с избыточной массой тела и ожирением 1 степени, направленную на эффективное управление ожирением, профилактику коморбидных состояний, улучшение показателей здоровья и качества жизни пациентов.

Материалы и методы. Пациенты с избыточной массой тела и ожирением 1 степени, находящиеся на амбулаторном или стационарном лечении клиники Эндокринологии УКБ № 2 ПМГМУ им. И.М. Сеченова.

Обследование:

- сбор анамнеза;
- анализ дневника питания, пищевого поведения на основании анкетирования;
- объективный осмотр, измерение антропометрических параметров (ИМТ, ОТ), АД, ЧСС;
- оценка показателей углеводного, липидного обмена;
- оценка состава тела с помощью рентгеновской денситометрии по программе total body
- **Результаты.** На основании сбора данных и проводимого обследования разрабатывается и внедряется комплексная индивидуализированная стратегия ведения пациентов с начальными формами ожирения, включающая:
 - диетологическое консультирование, терапевтическое обучение;
 - инструменты по управлению пищевым поведением;
 - психологическую поддержку и поведенческую терапию;
 - физическую активность;
 - индивидуально подобранную фармакотерапию ожирения;
 - длительное индивидуальное сопровождение.

ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ МАССИВНОЙ ПОТЕРИ ВЕСА

Н.С. БОРДАН^{1,2}, М.И. ГАЛИЙ², Р.Э. САФИУЛАЕВ^{1,2}, М. АВАЛА^{1,2}

¹Институт пластической хирургии и косметологии. 105066, Москва, Россия

²Российский Университет Дружбы Народов (РУДН). 117198, Москва, Россия

Введение. Бариатрические операции приводят к значительной потере массы тела (МТ) и устранению многих сопутствующих заболеваний. Однако по мере снижения избыточной МТ у пациентов отмечается образование значительных избыточных дряблых кожно-жировых складок на туловище, дряблость мягких тканей плеч, бедер, опущение молочных желез, ягодиц и, как следствие, – мацерация и неприятный запах в складках. Значительное изменение внешнего вида, эстетики тела, несмотря на нормализацию веса, приводит к социальной изоляции, физическому дискомфорту, психологическим трудностям и ухудшению качества жизни больных, что диктует необходимость определения показаний и подходов к проведению пластических операций по коррекции контуров тела. Постбариатрические пластические операции (ПБПО) приводят к значительному улучшению внешнего вида пациента, общего качества жизни, восстановлению контуров тела, повышают физическую активность пациента, улучшают качество сексуальной жизни. Цель. Разработать шкалу оценки птоза мягких тканей передней брюшной стенки, разработать критерии отбора пациентов, оценить результаты пластических корригирующих комбинированных операций у больных после массивной потери МТ в результате бариатрических операций.

Пациенты и методы. В исследование включены 165 пациентов, перенесших различные бариатрические операции: SADI (n=34), Hess-Marceau BPD-DS (n=31), GB (n=3), SG (n=38), RYGB (n=13), OAGB (n=46). В последующем постбариатрические пластические операции (ПБПО) выполняли, когда масса тела стабилизировалась, отсутствовали побочные эффекты бариатрической хирургии, и пациенты были метаболически компенсированы. Удовлетворенность пациентов эстетическими и функциональными результатами операций оценивалась по субъективной шкале Likert.

Полученные результаты. ПБПО выполняли через $27,4 \pm 13,6$ мес. после первичной бариатрической операции. У 48 (29,4 %) пациентов пластические операции сочетались с повторными реконструктивными вмешательствами на органах брюшной полости желудочно-кишечного тракта. Комбинированные операции выполнены 136 (82,4 %) пациентам. Частота осложнений составила 36,5 %, большинство из них (серома) не потребовали госпитализации, пациенты были пролечены амбулаторно в течение 1–2 месяцев. Летальность составила 0 %, повторная операция потребовалась в одном случае развития кровотечения после абдоминопластики.

Заключение. ПБПО являются неотъемлемой частью лечебного процесса у больных с морбидным ожирением и часто выполняются в составе комбинированных операций. ПБПО могут успешно применяться в сочетании с реконструктивными бариатрическими операциями без увеличения частоты послеоперационных осложнений. Удовлетворенность пациентов результатами ПБПО достигает 95,6 %.

ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ИНТЕРПОЗИЦИИ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ В МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ПАЦИЕНТОВ С ИМТ МЕНЕЕ 30

М.А. БУРИКОВ, А. И. КИНЯКИН, О.В. ШУЛЬГИН, И.В. СКАЗКИН, Я.К. ЧЕРНЫШОВ, Л.Г. ГРИГОРЯН

РКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России. 344023, Россия, Ростов-на-Дону

Введение. Актуальность. Прогрессирующий рост количества пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД 2) является значимой проблемой современной медицины.

Множество исследований доказывают высокую эффективность шунтирующих операций у пациентов с ожирением и СД 2 в виде развития стойкой ремиссии сахарного диабета 2 типа.

Отдельный интерес представляет хирургическая коррекция метаболического синдрома у пациентов с СД 2 типа и ИМТ менее 30.

Материалы и методы. Проведён анализ хирургического лечения 3-х пациентов с сахарным диабетом 2 типа и ИМТ менее 30. Распределение по половому составу: мужчины – 2, женщины – 1. Возраст пациентов от 55 до 60 лет. Анамнез длительности СД 2 типа у всех пациентов был более 10 лет. Показатель ИМТ варьировался от 24 до 29, HbA1C – от 6,9 % до 14,9 %, С-пептид – от 189 до 828.

Всем пациентам было выполнено хирургическое лечение в объеме лапароскопической продольной резекции желудка и интерпозиции подвздошной кишки. Критериями оценки эффективности проведенного лечения являлась динамика показателей гликированного гемоглобина (HbA1C), С-пептида и глюкозы плазмы.

Результаты. Антидиабетический эффект проведенной операции был отмечен у всех пациентов. В контрольный период 6 месяцев после операции у двух пациентов было отмечено снижение HbA1C менее 6,0 % при изначальных показателях HbA1C от 6,9 % до 7,6 %. У одного пациента отмечено снижение HbA1C до 7,0% при изначальном показателе 14,9 %. Прием препаратов прекращен у всех пациентов. Так же у одного пациента отмечена нормализация показателя С-пептида до 698, при изначальном значении 189 (при норме 100–1100). У двух других пациентов без значимых изменений показателей С-пептида 796–828.

Выводы. Лапароскопическая интерпозиция тонкой кишки является эффективным методом хирургического лечения сахарного диабета 2 типа и может применяться в метаболической хирургии у пациентов с ИМТ менее 30.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ MGB У ПАЦИЕНТОВ С ГЭРБ

М.А. БУРИКОВ, А. И. КИНЯКИН, О.В. ШУЛЬГИН, И.В. СКАЗКИН, Я.К. ЧЕРНЫШОВ

РКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России. 344023, Россия, Ростов-на-Дону

Введение. Актуальность. ГЭРБ является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний гастроэнтерологического профиля у пациентов с ожирением.

Цель. Оценить эффективность MGB в коррекции ГЭРБ у бариатрических пациентов.

Материалы и методы. С 2019 по 2022 в хирургическом стационаре РКБ, г. Ростов-на-Дону пролечено 166 пациентов с ожирением, сочетающимся с ГЭРБ. Из них мужчины – 24 (14 %), женщины – 142 (86 %). Всем пациентам было выполнено MGB. В хирургическом отделении РКБ пациентам с морбидным ожирением и сопутствующей ГЭРБ выполнялась MGB с формированием узкого пауча (калибровочный зонд 36 Fr), однорядный гастроэнтероанастомоз по типу «конец-в-бок» накладывался на расстоянии 4 мм от илеоцекального угла. При наличии грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, при миграции желудка в заднее средостение выполняется задняя круорофия.

Результаты. Все пациенты отслеживались в послеоперационном периоде в течении 1 года. ИМТ до операции составил в ср.=45,8 спустя год после операции – ИМТ ср.=31,2. При ФЭГДС воспалительные изменения в дистальном отделе пищевода до операции отмечены у 100 % пациентов, спустя 12 месяцев рефлюкс-эзофагит был выявлен у 13 пациентов (7,8 %). При рентгеноскопии пищевода с контрастированием рефлюкс до операции выявлен у 100 %, спустя год – у 7 человек (4,2 %) Выполнено анкетирование по опроснику GERDQ – 100 % опрошенных до операции набрали >8 баллов, через 12 месяцев – только 14 человек (8,4 %) набрали более 8 баллов.

Выводы. MGB является эффективным способом лечения ГЭРБ у пациентов с ожирением.

MGB можно рекомендовать как операцию выбора у пациентов с ожирением, страдающим ГЭРБ и требующих шунтирующих операций.

ОПЫТ РЕВИЗИОННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ SADI-S

М.А. БУРИКОВ, А. И. КИНЯКИН, О.В. ШУЛЬГИН, И.В. СКАЗКИН, Я.К. ЧЕРНЫШОВ

РКБ ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России. 344023, Россия, Ростов-на-Дону

Введение. Актуальность. Шунтирующие оперативные вмешательства в настоящее время являются распространёнными при лечении ожирения и метаболического синдрома. На современном этапе развития бариатрической хирургии отмечается увеличение количества выполняемых операций SADI-S. В связи с этим поиск наиболее эффективной и безопасной оперативной техники коррекции отдаленных осложнений после SADI-S является актуальным вопросом бариатрической хирургии.

Материалы и методы. Проведён анализ 390 случаев с SADI-S с узким желудочным рукавом (36 Fr) и длиной общей петли 250 см (50 наблюдений) и 350 см (340 наблюдений). Распределение: мужчины – 56; женщины – 334; возраст – от 20 до 67 лет. Средний ИМТ варьировал от 35 до 45. У 30 % пациентов в анамнезе имелся либо сахарный диабет 2 типа, либо нарушение толерантности к глюкозе. Оценивалось количество ревизионных вмешательств в позднем послеоперационном периоде и их причины.

Результаты. Ревизионные вмешательства были разделены на две группы: 1 – коррекция мальабсорбтивного синдрома и 2 – коррекция неудовлетворительного противодиабетического эффекта, а также рецидива ожирения.

В первой группе причиной ревизионной операции явилось развитие гипокальциемии у одного (0,3 %) пациента с длиной общей петли 350 см; при развитии гипоальбуминемии – у двух пациентов (2 %) с длиной общей петли 250 см. Обоим пациентам выполнялось включение в пищеварение всей длины тонкой кишки по авторской методике. В одном случае (2 %) у пациентов с выраженным диарейным синдромом выполнялась проксимализация анастомоза.

Во второй группе при недостаточном противодиабетическом эффекте 1 (0,3 %); при повторном наборе массы тела 1 (0,3 %) у обоих пациентов ревизионной операцией явилось выполнение ре-резекции желудочного «рукава» и реконструкция в DS.

Выводы.

1. В отдаленном послеоперационном периоде операция SADI - S с узким желудочным рукавом и длиной общей петли 250 и 350 см имеет относительно низкий процент осложнений.
2. SADI-S является эффективной и относительно безопасной операцией с возможностью в будущем ревизионной коррекции, как в сторону усиления, так и в сторону ослабления мальабсорбтивного компонента.

ВЛИЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВЕСА НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

С.С. ГУССАОВА¹, И.Н. БОБКОВА¹, Ю.И. ЯШКОВ²

¹ФГАОУ ВО ПМГМУ имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет). 119048, Москва, Россия

²Акционерное Общество «Центр эндохирургии и литотрипсии». 111123, Москва, Россия

Введение. Актуальность. Во всем мире наблюдается неуклонный рост числа больных с ожирением (ОЖ), в том числе с морбидным (МО). Неблагоприятное воздействие ОЖ на почки может быть связано с развитием коморбидных состояний, таких как метаболический синдром, сахарный диабет (СД), артериальная гипертензия (АГ), которые сами являются факторами риска развития хронической болезни почек (ХБП) или с непосредственным влиянием на почки с развитием неиммунной формы фокально-сегментарного гломерулосклероза. Эффективность консервативной терапии МО невысока: большинству пациентов не удается удержать достигнутый результат. В таких ситуациях значимое и стабильное снижение веса возможно только с применением хирургических методов. Однако клинические работы данного направления у пациентов с МО и поражением почек пока немногочисленны.

Цель работы. Изучить влияние хирургической коррекции веса на течение ХБП у больных с МО после бариатрических операций (БО).

Материалы и методы. В исследование включено 240 пациентов (71 мужчина, 169 женщин, медиана возраста 44 [34,3; 50] года) с МО (ИМТ) – 45,2 [40,2; 51,5] кг/м²), которым ввиду безуспешности консервативного лечения МО были проведены разные виды БО. У 60,8 % пациентов выявлено нарушение углеводного обмена (у 92 (38 %) – СД 2 типа), у 93,9 % – нарушение липидного обмена, у 70,7 % наблюдалась АГ. Всем пациентам проводилось стандартное пред- и послеоперационное обследование, в том числе расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-ЕР1, определение альбуминурии (АУ).

Результаты. Через 3,5 года в общей группе отмечено достоверное снижение массы тела в среднем на 50 кг – со 135 до 82 кг; ИМТ с 46,3 до 29,2 кг/м², от со 130 до 97 см, коррекция метаболических нарушений (ремиссия СД у 89,1 %, снижение уровня липидов у 75,2 %) и улучшение течения АГ у 71,4 % пациентов. На фоне успешной хирургической коррекции веса и уменьшения влияния коморбидных состояний отмечено улучшение функционального состояния почек: уменьшение степени выраженности гиперфильтрации у части пациентов и, наоборот, статистически значимое повышение уровня СКФ до 90 мл/мин у пациентов с исходно сниженным ее уровнем; снижение уровня АУ в общей группе – с 3,37 [1,5; 5,77] до 1,3 [0,92; 2,01] мг/ммоль (p<0,001) с увеличением в 2,6 раза доли пациентов с оптимальным уровнем АУ - с 20,6 % до 53,6 %, главным образом за счет уменьшения (в 3,5 раза) числа больных с альбуминурией А2.

Заключение. БХ является эффективным методом лечения МО, позволяющим снизить вес, скорректировать метаболические нарушения и улучшить течение ХБП.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАК СПОСОБ БОРЬБЫ С ОЖИРЕНИЕМ

Б.З. ДЖАФАРОВА^{1,2}, Е.Г. ЕРШОВ^{1,2}, П.В. ВАСИЛЬЕВ^{1,2}, В.С. МАТЮШИН¹, А.В. ХАЛИЛЕЕВ¹, К.Н. АРНАУТОВА¹

¹Окружная клиническая больница. 628012, Ханты-Мансийск, Россия

²Ханты-Мансийская государственная медицинская академия. 628685, Ханты-Мансийск, Россия

Введение. Актуальность. По данным ВОЗ, в 2020 г. 1,9 млрд. взрослых старше 18 лет имели избыточный вес, из них свыше 650 млн. страдали ожирением, с проблемой ожирения сталкиваются 19,6 % россиян. В большинстве случаев достижение существенного и стабильного результата возможно лишь с применением методов бариатрической хирургии, т.е. путём изменения анатомии пищеварительного тракта.

Наиболее часто в хирургии ожирения на сегодняшний день применяются продольная (син. рукавная) резекция желудка (ПРЖ), гастрощунтирование (ГШ) с межкишечным анастомозом по Ру, минигастрощунтирование (МГШ).

Цель. Провести ретроспективный анализ пациентов, которым было проведено хирургическое лечение по поводу ожирения за период с января 2015 по январь 2021 гг. в Окружной клинической больнице г. Ханты-Мансийск.

Материалы и методы. Нами проведено ретроспективное исследование пациентов методом сплошной выборки с созданием базы данных с наблюдениями за пациентами и результатами их похудения. Статистическая обработка данных проводилась в программах Excel 2016 и Статистика 10.0.

С целью оценки эффективности снижения массы тела учитывались индекс массы тела (ИМТ), вычисляемой по формуле Кетле, а также масса тела (МТ) до и через год после операции, процент потери избыточной массы тела (%EWL) и процент общей потери массы тела (%TWL). Критерием удовлетворительного эффекта операции являлся процент EWL более 50 %. Абсолютным показанием к бариатрической хирургии являлся ИМТ более 40 кг/м², в остальных случаях – при наличии сопутствующей патологии, неудовлетворительном контроле сахарного диабета II типа и отсутствие эффекта от консервативного лечения.

Результаты. Изучены результаты хирургического лечения 195 пациентов с ИМТ более 30 кг/м² (в среднем – 43,35 кг/м², МТ – 120,6 кг). Средний возраст составил 43 (от 16 до 70) года. Пациенты были разделены на 5 групп в зависимости от метода оперативного лечения. ПРЖ выполнялась в 49 % случаев, МГШ – в 23 %, ГШ (Ру) – в 6,2 %. Установка внутрижелудочного баллона проводилась 40 (20,5 %) пациентам. Другие операции (SADI, гастропликация), составили 2 %. Всего за период с января 2015 гг. по январь 2021 гг. было проведено 203 оперативных вмешательств. Средний койко-день составил 4±,66 %TWL и EWL у пациентов, которым выполнялось МГШ был больше, по сравнению с другими операциями, однако разница достоверна только при сравнении с ПРЖ. Неудовлетворительный эффект – возврат МТ – отмечался только после ПРЖ, по сравнению с другими операциями. Удовлетворительный эффект после хирургического лечения в целом получен у 67 % пациентов.

Выводы. ПРЖ является наиболее популярной бариатрической операцией в г. Ханты-Мансийске, как и в России в целом. Удовлетворительный эффект после МГШ отмечен достоверно чаще, по сравнению с ПРЖ.

ТРЕХЛЕТНЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ SLIM-OAGB (МОДИФИКАЦИЯ НА КОРОТКОЙ ПЕТЛЕ) У ПАЦИЕНТОВ С НИЗКИМ ИМТ (30-39,9)

В.В. ЕВДОШЕНКО, В.В. ФЕДЕНКО, Н.С. БОРДАН

АО «Институт пластической хирургии и косметологии». 105066, Москва, Россия

Введение. В настоящее время не существует идеальной операции для пациентов с ожирением 1 и 2 класса (ИМТ 30–39,9). Разработка соответствующего вида операции для данной категории пациентов является актуальной задачей.

Задачи. Разработать соответствующий метод хирургического лечения пациентов с низким ИМТ со следующими характеристиками: высокая безопасность, минимальный риск чрезмерной мальабсорбции, возможность послеоперационного обследования исключенной части желудка и двенадцатиперстной кишки, отсутствие необходимости резекции и удаления органов, потенциальная обратимость операции в случае необходимости.

Материалы и методы. Мы модифицировали OAGB (одноанастомозное шунтирование желудка) в соответствии со следующей методикой. Пауч выкраивался по малой кривизне желудка вдоль зонда 33Fr длиной не менее 25 см длиной. Анастомоз «конец в бок» выполняли после проведения пауча позади отключенного желудка и ободочной кишки, с использованием ручного шва на расстоянии 20 см от связки Трейтца (рис. 1).

Данный мануальный метод наложения гастроинтестинального анастомоза, в отличие от использования степлера, позволяет увеличить длину желудочного пауча примерно на 6 см, что снижает вероятность желчного рефлюкса (рис. 2).

Результаты. С июня 2019 г. по январь 2023 г. нами прооперированы 319 пациентов (303 женщины и 16 мужчин) в возрасте от 16 до 69 лет. Средний вес пациентов составил 92,47±11,3 кг (62–125 кг). Средний ИМТ составил 33,9±3,8 (в диапазоне 25,46–46,07). В опросе приняли участие 118 пациентов.

Через 1 год средний ИМТ составил 24,4±3,52 кг/м². Через 2 года 23,3±3,38 кг/м². Через 3 года 22,03±2,9 кг/м². Среднее значение %EWL через 1 год составило 117,72±46,6 %, через 2 года – 133,15±48,2 %, через 3 года – 139,5±52,5 %. Среднее значение %TWL через 1 год составило 27,97±7,79 %, через 2 года – 31,65±8,1 %, через 3 года – 31,54±6,3 % (табл. 1).

Остались довольны качеством жизни после операции 102 (86,4 %) пациента. Суточные симптомы клинических про-

явлений рефлюкса наблюдались у 4 (3,40 %) пациентов. У 3 пациентов из тех, у которых был рефлюкс, операция была

реконструктивной после регулируемого бандажирования желудка. Отметим недостаточную удовлетворенность своим состоянием из-за рефлюкса 1,7 % пациентов.

У 57 пациентов выполнена контрольная эзофагогастро-дуоденоскопия. У 55 пациентов эндоскоп удалось провести через анастомоз в двенадцатиперстную кишку, затем достичь дна исключенного желудка (рис. 3–4).

Таблица 1
Сравнительные характеристики пациентов в отдаленном периоде

Период наблюдения	Количество пациентов	ИМТ до операции	ИМТ после операции	Среднее значение %EWL	Среднее значение %TWL
3 года	8	33,9±3,8	22,03±2,9	139,5±52,5	31,54±6,3
2 года	31		23,3±3,38	133,15±48,2	31,65±8,1
1 год	79		24,4±3,52	117,72±46,6	27,97±7,79

В одном случае при выполнении ретроградной гастроскопии нам удалось выявить и удалить полип антрального отдела желудка. Рис. 5.

Заключение. На основании анализа трехлетних результатов операции мы можем рекомендовать SLIM-OAGB как эффективный и безопасный вариант лечения пациентов с ожирением 1-й и 2-й степени. Данная операция дает возможность проводить послеоперационные диагностические и лечебные эндоскопические процедуры исключенного желудка и двенадцатиперстной кишки.

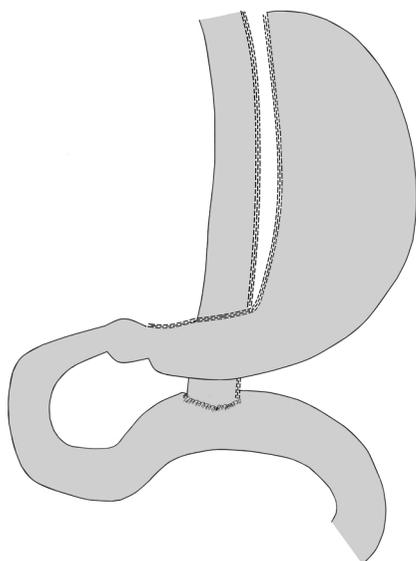


Рис. 1. Одно анастомозное шунтирование желудка с очень короткой билиопанкреатической петлей BP

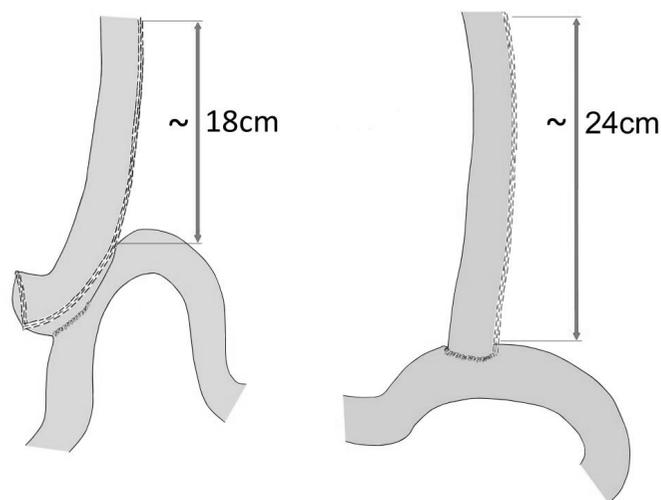


Рис. 2. Схема аппаратного анастомоза «бок в бок» и ручного анастомоза «конец в бок»

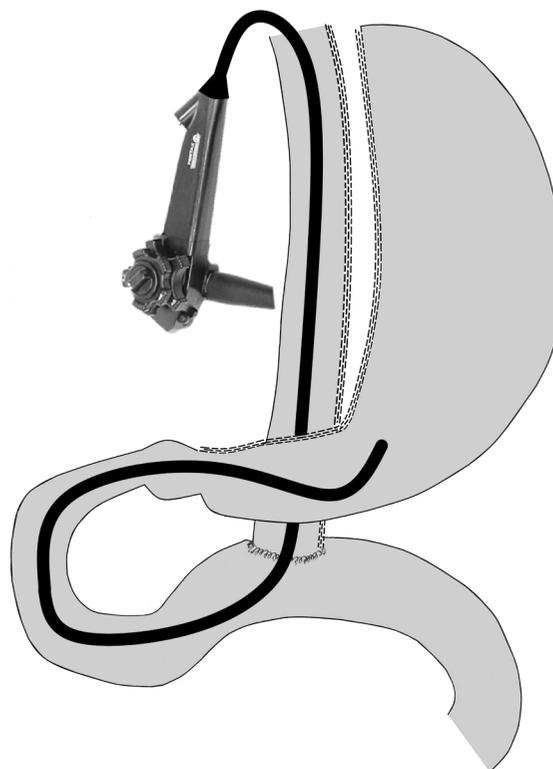


Рис. 3. Эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта и ретроградная дуоденогастроскопия после OAGB на короткой петле

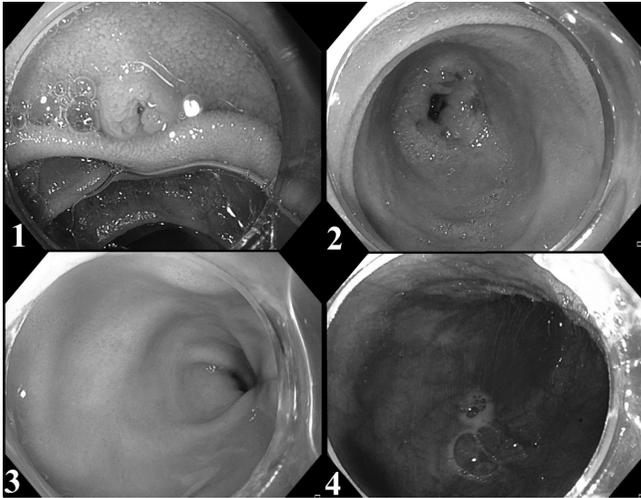


Рис. 4. Ретроградная дуоденогастроскопия

1 - большой дуоденальный сосочек; 2 - привратник (вид из луковички двенадцатиперстной кишки); 3 - антральный отдел; 4 - дно желудка

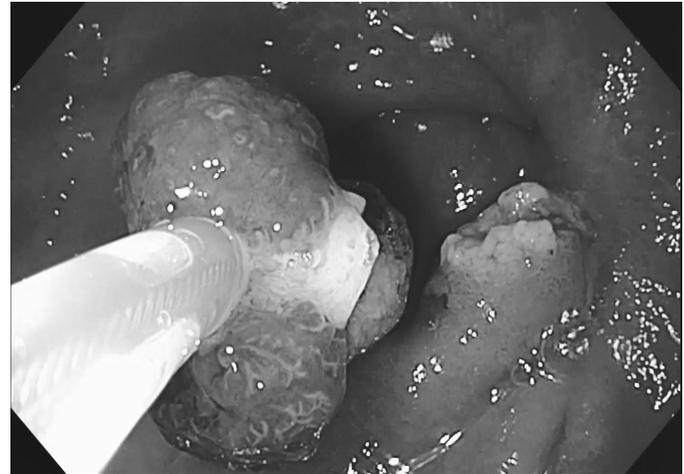


Рис. 5. Удаление полипа антрального отдела желудка в ходе ретроградной дуоденогастроскопии

БАНДАЖИРОВАННАЯ БИПАРТАЦИЯ (BANDED VIPARTITION): ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ И КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

В.В. ЕВДОШЕНКО, В.В. ФЕДЕНКО, Н.С. БОРДАН

АО «Институт пластической хирургии и косметологии». 105066, Москва, Россия

Введение. Для хирургического лечения ожирения и диабета второго типа в настоящее время предложен и успешно применяется целый ряд бариатрических операций с частичным отключением или удалением части желудка, а также с отключением части тонкой кишки. Большинство современных операций являются комбинированными и сочетают в себе оба принципа: рестрикции и мальабсорбции. Однако следует признать, что все существующие на сегодняшний день методики далеки от идеала, и хирургическое сообщество все еще находится в поиске оптимального вмешательства. Среди недостатков большинства рутинных операций следует отметить необходимость резекции желудка и связанные с этим риски осложнения, необратимость ряда процедур, гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь, как следствие разрушения запирающего механизма кардии, невозможность обследования отключаемой части желудка рутинными средствами.

Методы. К нам обратилась пациентка в возрасте 60 лет с ИМТ 41 кг/м² страдавшая диабетом второго типа в стадии компенсации. Из анамнеза известно, что у пациентки периодически возникали гиперпластические полипы желудка, которые неоднократно удалялись эндоскопически. В семейном анамнезе отмечены случаи онкологических заболеваний желудка и толстой кишки. Пациентка была настроена на шунтирующую операцию для максимального лечебно-профилактического эффекта в отношении диабета второго типа, при этом пациентка проявляла тревогу относительно невозможности эндоскопической визуализации отключенного желудка. Пациентке была предложена операция SADI и, в качестве альтернативы, другая операция, которую мы назвали Бандажированная Бипартиция (BB).

Учитывая все возможные проблемы и осложнения, характерные для операции, связанной с резекцией желудка, пациентка приняла решение в пользу альтернативного варианта. В ходе операции узкая желудочная трубка длиной около 25 см выкраивалась по большой кривизне. В качестве внутреннего шаблона использовался силиконовый желудочный зонд диаметром 36 Fr. Рассечение желудка для формирования трубки начиналось со стороны большой кривизны на расстоянии 10 см от привратника, продолжалось вдоль зонда на тело и дно желудка и заканчивалось на расстоянии 3–4 см от угла His. Таким образом в кардиальном отделе

желудка формировалась развилка. Часть жидкости и пищи из пищевода попадая в желудок должно двигаться дальше по «Magenstrasse», а часть – в сформированную по большой кривизне желудочную трубку. Последняя анастомозировалась с тощей кишкой по стандартной методике MGB-OAGB ручным швом «конец в бок» на расстоянии 2 м от связки Treitz. Получив таким образом полную желудочную бипартицию, мы продолжили операцию наложением регулируемого желудочного бандажа, на тело желудка со стороны малой кривизны, тотчас ниже линии пересечения и выше левой желудочной артерии (рис. 1).

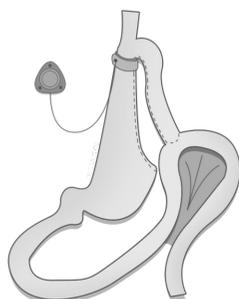


Рис. 1. Схема операции

Обсуждение. Таким образом, в соответствии с задачами, стоящими перед нами в ходе решения данного клинического случая, мы получили следующее:

- При закрытом регулируемом желудочном бандаже данная операция должна работать как классическое желудочное шунтирование

- В случае развития избыточной мальабсорбции витаминов, микроэлементов и других нутриентов нет необходимости выполнять корригирующую операцию, достаточно просто открыть регулируемый бандаж и обеспечить полный или частичный пассаж пищи через него.

- В связи с наличием онкологической настороженности возможно регулярное рутинное обследование всех отделов желудка и двенадцатиперстной кишки эндоскопом. В доступе остаются также манипуляции в области большого дуоденального соска в случае нарушения оттока желчи.

- Ввиду того, что место переплетения косых и круговых мышечных волокон стенки желудка, образующих запирающий механизм пищевода-желудочного перехода не пересекается, не создаются условия для возникновения желудочно-пищеводного рефлюкса после операции. Не пересекается также желудочно-диафрагмальная связка, формирующая и поддерживающая угол Нис.

- В отличие от классического одноанастомозного шунтирования при выполненной операции создан реальный «малый желудочек», в котором пища и даже жидкость, задерживаются, прежде чем пройти в тонкую кишку (рис. 2).

- Поскольку подавляющее большинство несостоятельности скрепочного шва при всех бариатрических операциях происходит в области верхнего края скрепочного шва (при пересечении желудка в области угла Нис), мы можем рассчитывать на существенное снижение риска этого грозного осложнения для предложенной операции. Как уже отмечалось выше, желудок

не пересекается полностью, и наиболее рискованная в плане несостоятельности зона оказывается нетронутой.

- Операция получилась относительно реверсивной. В случае необходимости восстановления нормального пассажа пищи по желудочно-кишечному тракту, достаточно снять анастомоз, резецировать участок желудочной трубки по большой кривизне и удалить желудочный бандаж.



Рис. 2. Рентгенография оперированного желудка

На момент описания клинического случая после выполненной операции прошло четыре недели, в ходе которых пациентка потеряла 10 кг веса, отмечает нормализацию гликемии на фоне отмены препаратов. Пациентка не жалуется на изжогу и не отмечает эпизодов желудочно-пищеводной регургитации.

Вывод. Предложенная операция Бандажированной Бипартации является новым и малоизученным методом бариатрической и метаболической хирургии. Однако уже сейчас мы можем отметить ее выполнимость, не связанную с большими техническими сложностями. После дальнейшего изучения предложенный метод может оказаться оптимальным решением в тех случаях, когда обеспечение эндоскопического доступа к отключенному желудку имеет для пациента существенное значение.

КАК РЕШИТЬ ПРОБЛЕМЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПОСЛЕ РУКАВНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА: НАШ ПОДХОД

В.В. ЕВДОШЕНКО, В.В. ФЕДЕНКО, Н.С. БОРДАН

АО «Институт пластической хирургии и косметологии». 105066, Москва, Россия

Введение. Рукавная резекция желудка является одной из самых популярных бариатрических операций. Вместе с тем, она имеет ряд присущих ей проблем и недостатков: несостоятельность скрепочного шва; интраторакальная миграция верхней части желудочной трубки; деформация желудочной трубки с нарушением проходимости; дилатация желудочной трубки в отдаленном послеоперационном периоде и нестабильность результата в отношении снижения веса.

Цель. Обобщить существующие приемы профилактики проблем, присущих рукавной резекции желудка.

Материалы и методы. Для решения существующих проблем мы использовали следующие технические приемы.

1. Дополнительное погружение серозно-мышечным ручным швом верхней части скрепочного шва (последнее прошивание) в 100 % случаев.
2. Превентивная реконструкция хиатуса (крупорофия + левосторонняя эзофагокрупорофия) для профилактики интраторакальной миграции.
3. Восстановление lig. gastrocolicum (по меньшей мере на уровне угла желудка) для профилактики деформации желудочной трубки.
4. Наложение нерегулируемого бандажа из lig. teres на уровне пищеводно-желудочного перехода как профилактика дилатации желудочной трубки и ГЭРБ.

Результаты. С 2022 года нами с использованием данных технических приемов были прооперированы 57 пациентов. В настоящее время 52 их этих пациентов прослежены с сроки от 2-х недель до 18 месяцев. Все наблюдаемые пациенты отметили сопоставимую потерю избыточной массы тела на уровне в среднем 82,4 %, отсутствие изжоги и клинически значимого кислотного желудочно-пищеводного рефлюкса, что было подтверждено данными контрольной ФГДС.

Заключение. Разработанные нами технические приемы, направленные на профилактику проблем после рукавной резекции, показали свою высокую эффективность в сроки до 18 месяцев после операции. Об их долговременной эффективности можно будет судить после накопления отдаленных результатов

ОСТРОЕ РАСШИРЕНИЕ РЕМИНАНТНОГО ЖЕЛУДКА ПОСЛЕ МИНИШУНТИРОВАНИЯ

Е.А. ЗОРИН, Е.С. ОРЛОВСКАЯ, Н.А. ЕРМАКОВ

НМИЦ «Лечебно-реабилитационный центр Минздрава России». 125367, Москва, Россия

Введение. Впервые выполненное Ратлиджем в 1997 г. мини-желудочное шунтирование на сегодняшний день является одной из самых популярных бариатрических операций во всем мире. Такое осложнение мини-желудочного шунтирования, как острое расширение реминантного желудка – явление очень редкое и литературные данные, касающиеся тактики лечения крайне скудны.

Описание случая: пациентка Е., 47 лет обратилась в ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России на 7 сутки после мини-желудочного шунтирования с жалобами на интенсивные боли в животе с иррадиацией в левое надплечье, повышение температуры до 38°C. Жалобы возникли остро за 1 сутки до обращения. При осмотре: состояние средней тяжести, пальпаторно – перитонеальные явления. Выполнена КТ брюшной полости с двойным (пероральное и внутривенное) контрастированием – признаков несостоятельности гастроэнтероанастомоза нет, картина острого расширения реминантного желудка.

После кратковременной предоперационной подготовки оперирована. При лапароскопии диагноз подтвержден, причина – сужение выходного канала после наложения первой кассеты швигирующего аппарата. Дополнительно выявлены диафрагматические разрывы в области дна желудка, местный перитонит. Выполнена гастротомия, из просвета реминантного желудка эвакуировано более 1,5 л желудочного содержимого. Выполнена лапароскопическая резекция реминантного желудка. Течение послеоперационного периода без осложнений. Выписана на 5 сутки после операции.

Обсуждение. Впервые острое расширение реминантного желудка после мини-желудочного шунтирования описано в 2014 г. В последующий период нам удалось найти только 2 описания клинических случаев. Как вариант лечения предлагалось пункционное дренирование реминантного желудка или гастроэнтеростомия. Однако результаты такого малоинвазивного лечения сомнительны. В одном случае отмечено желудочное кровотечение, потребовавшее экстренного удаления реминантного желудка, в другом случае пациент был оперирован через 1 месяц после дренирования. С нашей точки зрения, при наличии технической возможности, оптимальным методом лечения такого редкого осложнения, как острое расширение реминантного желудка после мини-желудочного шунтирования, является лапароскопическая резекция реминантного желудка с уровнем резекции дистальнее первого прошивания при первичной операции как относительно безопасный и радикальный способ лечения.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК АБДОМИНОПЛАСТИКИ ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Ф.Н. ИЛЬЧЕНКО, Л.И. ФОЛОМЕЕВА

ФГАУ ВО «КФУ имени В.И. Вернадского», 295007, Республика Крым, Симферополь, Россия

Введение. Актуальность. Течение послеоперационного периода после бариатрических операциях нередко сопровождается прогрессированием или развитием абдоминоптоза, что требует хирургической коррекции.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения абдоминоптоза у пациентов после бариатрических вмешательств.

Материал и методы: проанализированы результаты лечения 120 пациентов с абдоминоптозом после бариатрического вмешательства – группа 1 (сравнения) – 54 пациента, которым производилась абдоминопластика без сохранения фасции Скарпа; группа 2 (основная) – 66 пациентов,

которым выполнялись вмешательства с сохранением фасции Скарпа. Через 6 и 12 месяцев после абдоминопластики оценивали выраженность рубцовых изменений кожи в области послеоперационного шва с использованием различных методик.

Результаты. Состояние больных на протяжении всего периода после операции оставалось удовлетворительным. Оценка частоты осложнений в раннем послеоперационном периоде показала, что в первой группе наиболее частым из них была серома – 9 случаев (16,7 %), тогда как во второй группе частота этого осложнения была статистически значимо ниже ($p=0,028$) – 3 случая (4,5 %).

Также были отмечены случаи некроза тканевого лоскута и нагноения послеоперационной раны - соответственно у 2 (3,7 %) и 3 (5,6 %) пациентов группы сравнения и по одному случаю (1,5 %) в основной группе.

Общая частота осложнений составила 25,9 % (14 случаев) в группе сравнения, в то время как в основной группе было статистически значимо ($p < 0,05$) – в 3,4 раза меньше осложнений: 5 случаев (7,6 %) ($p=0,007$).

Сравнение субъективных оценок пациентами эстетического результата лечения показало, что в первой группе было достоверно меньше ($p=0,008$), чем во второй, больных, оценивавших результат как «отличный» и «хороший».

4 пациента (7,4 %) группы 1 оценили эстетический результат лечения как «неудовлетворительный», в то время как в группе 2 таких пациентов не было.

Выводы.

1. Частота осложнений в раннем послеоперационном периоде была выше в группе наблюдений, где удалялась фасция Скарпа. Наиболее частыми осложнениями у пациентов, включенных в исследование, были: серома, краевой некроз кожно-жирового лоскута, нагноение послеоперационной раны.

2. Нарушения рубцевания в области выполненного хирургического вмешательства достоверно были более выражены в группе сравнения, где удалялась фасция Скарпа, что также было характерно и для субъективной оценки пациентами эстетического результата проведенного лечения.

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Д.А. КИМ^{1,2}, В.В. АНИЩЕНКО^{1,2}, П.А. ПАТРУШЕВ^{1,2}, Р.М. НОРМАТОВ¹, А.В. КОЗЛОВ^{1,2}

¹ФГБОУ ВО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России. 630091, Новосибирск, Российская Федерация

²АО Медицинский центр АВИЦЕННА Группы компаний Мать и Дитя. 630099, Новосибирск, Российская Федерация

Введение. Актуальность. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – наиболее частая проблема отдаленного периода после бариатрических операций.

Цель: провести анализ встречаемости ГЭРБ после бариатрических вмешательств.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование пациентов после бариатрических операций с 2014 по 2022 гг. с периодом наблюдения до пяти лет. В рамках исследования рассмотрены самые часто выполняемые операции: продольная резекция желудка (ПРЖ), гастрощунтирование по Ру (ГШ), минигастрощунтирование (МГШ). Пациенты были разделены на три группы в зависимости от вида проведенной операции. В исследование включены пациенты, у которых отсутствовали диагноз и симптомы ГЭРБ до операции. Анкетирование проводилось при помощи опросника GERD-HRQL, инструментальные методы включали ФЭГС, R-скопию желудка и суточную рН-метрию.

Результаты. Проанализировано 642 пациента (комплаенс 47 %). После ПРЖ ($n=426$) появление ГЭРБ зафиксировано у 38 % ($n=162$) пациентов. Появление клинической картины, в основном, отмечено через 12–24 месяца после операции ($n=114$), в меньшей степени – в первый год ($n=26$) и в сроки от двух до пяти лет ($n=22$) после операции. После ГШ ($n=82$) ГЭРБ диагностирована у 18 % ($n=15$), дебют заболевания у большинства пациентов установлен в более поздние сроки – через два года после операции ($n=10$). После МГШ ($n=134$) ГЭРБ зарегистрирована у 12 % ($n=16$). Основная часть пациентов отметила появление рефлюкса в первые два года после операции ($n=14$). Только у двух пациентов отмечен желчный рефлюкс, у остального большинства – кислотный. Наиболее выраженное течение ГЭРБ у пациентов в группе после ПРЖ ($p < 0,01$, сумма баллов GERD-HRQL $30,06 \pm 5,04$), в то же время сумма баллов GERD-HRQL после ГШ и МГШ существенно не отличалась и характеризовалась меньшими показателями ($p > 0,05$, $24,3 \pm 4,05$ после ГШ и $23,8 \pm 3,82$ после МГШ).

Выводы. ГЭРБ является частым осложнением после бариатрических операций. Наиболее рефлюксогенной операцией является ПРЖ, наименее рефлюксогенной – МГШ. Полученные данные свидетельствуют о необходимости более детального анализа ГЭРБ у бариатрических пациентов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ БАРИАТРИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ С ПОЗИЦИИ ТЕЧЕНИЯ ГЭРБ

Д.А. КИМ^{1,2}, В.В. АНИЩЕНКО^{1,2}, П.А. ПАТРУШЕВ^{1,2}, Р.М. НОРМАТОВ¹, А.В. КОЗЛОВ^{1,2}

¹ФГБОУ ВО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России. 630091, Новосибирск, Российская Федерация

²АО Медицинский центр АВИЦЕННА Группы компаний Мать и Дитя. 630099, Новосибирск, Российская Федерация

Введение. Актуальность. Распространенность ГЭРБ значительно выше у пациентов с патологическим ожирением, чем в общей популяции. Прогнозируется, что рост ожирения в мире вызовет одновременный рост заболеваемости ГЭРБ.

Цель: провести сравнительную оценку эффективности SGE, RYGB, OAGB-MGB и SASI в лечении ГЭРБ у пациентов с ожирением.

Материалы и методы. В анализ включены 224 пациента с ожирением и сопутствующей ГЭРБ с 2012 по 2022 гг., которым проведены операции: SGE (n=68), RYGB (n=46), OAGB-MGB (n=72) и SASI (n=38). Период наблюдения – до трех лет. Анкетирование проводилось при помощи опросника GERD-HRQL, инструментальные методы включали ФЭГС, R-скопию желудка и суточную pH-метрию. Статистическая обработка данных включала стандартные методы параметрической и непараметрической статистики. В настоящем сообщении приведены общие данные по эффективности указанных операций у пациентов с ожирением с позиции течения ГЭРБ.

Результаты. Улучшение симптомов ГЭРБ относительно исходных данных зафиксировано во всех группах на всем протяжении послеоперационного наблюдения. Наиболее часто явления рефлюкса сохранялись в группе после SGE (n=14, 20,5 % через 6 месяцев; n=11, 16,2 % через 1 год; n=12, 17,6 % через 3 года). При анкетировании GERD-HRQL основные баллы были связаны с изжогой. Относительно эффективней показала себя операция RYGB (n=8, 17,4 % через 6 месяцев; n=5, 10,8 % через 1 год; n=7, 15,2 % через 3 года), при этом по опроснику GERD-HRQL превалировали баллы, связанные с дисфагией. Лучшие показатели по контролю над ГЭРБ отмечены в равной степени (p>0,05) после OAGB-MGB и SASI. В группе OAGB-MGB явления рефлюкса сохранялись у 8 пациентов (11,1 %) через 6 месяцев, 6 пациентов (8,3 %) через 1 и 3 года после операции. В то же время, после SASI у 4 пациентов (10,5 %) зафиксированы явления ГЭРБ через 6 месяцев, у 3 (7,9 %) через 1 год и 4 (10,5 %) через 3 года. В группах OAGB-MGB и SASI, по данным pH-метрии у большинства пациентов определен кислотный рефлюкс, а основные симптомы (GERD-HRQL) связаны с изжогой.

Выводы. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь является важным критерием в выборе бариатрической операции у пациентов с ожирением.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПРОДОЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНОГО С ПОЛНОЙ ТРАНСПОЗИЦИЕЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Г.Е. КИРИЛИН, Э.А. КЧИБЕКОВ, В.А. БОНДАРЕВ, М.И. ШИХРАГИМОВ, Н.Г. ГАСАНОВ

ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина». 414047, Астрахань, Россия

Введение. Транспозиция внутренних органов (situs inversus viscerum) – редкий вариант биологически нормальной анатомии, при котором основные внутренние органы имеют зеркальное (обратное) расположение, по сравнению с обычным: сердце находится с правой стороны, печень расположена слева, желудок – справа. Термин «situs inversus viscerum» означает «перевернутое расположение внутренних органов». Распространение транспозиции внутренних органов встречается не чаще, чем у 1 из 10 тысяч человек. Фабрициус в 1600 г. сообщил о первом известном случае реверса печени и селезенки у человека, а Кученмейстер в 1824 г. первым обнаружил это состояние у живого человека. Эта необычная анатомия внутренних органов вызывает трудности в диагностике и лечении заболеваний.

Увеличение числа выполняемых бариатрических операций по всей стране приводит к появлению уникальных клинических случаев в практике бариатрических хирургов.

Цель. Представление клинического случая хирургического лечения больного морбидным ожирением 3 ст. с полным обратным расположением внутренних органов.

Результат. Больной М., 40 лет с морбидным ожирением 3 ст., весом 167 кг и ИМТ 47,76 кг/м² был госпитализирован в хирургическое отделение ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Астрахань» для планового оперативного лечения.

Из анамнеза: страдал ожирением в течении многих лет. С детства известно о полной транспозиции внутренних органов. Были диагностированы сопутствующие заболевания: поверхностный гастрит, артериальная гипертензия 1 ст. риск 3, дислипидемия, неалкогольная жировая болезнь печени, варикозная болезнь вен нижних конечностей. Компьютерная томография грудной клетки и брюшной полости подтвердила полную транспозицию внутренних органов. При ФГДС желудок был с правой стороны, нормальной формы, слизистая не изменена. 21 февраля 2023 года была проведена лапароскопическая продольная резекция желудка.

Техника операции была изменена по сравнению со «стандартной анатомией». Пациент был уложен на операционный стол в позе антитренделенбурга с отведенными ногами. Хирург стоял между ног пациента, в то время как ассистент находился с правой стороны от пациента, в второй ассистент находился слева от пациента.

Троакары располагались нетипично, в зеркальном отображении. 10 мм троакар для лапароскопа введен на 5 см выше пупка. В области эпигастрия справа от круглой связки печени введен 10 мм троакар для печеночного ретрактора. В мезогастрии справа и слева по среднеключичной линии установлены 12 мм иристовые троакары. По передней подмышечной линии в правом подреберье установлен 5 мм троакар для вспомогательного инструмента, для тракции желудка вверх. Во время лапароскопии обнаружено, что весь верхний квадрант был занят левой долей печени.

По большой кривизне желудка от тела желудка до субкардии с помощью ультразвукового скальпеля Harmonik произведено отсечение большого сальника от желудка. Продольная резекция желудка производилась аппаратом Endopath Echelon Flex 60), шестью кассетами Echelon 60 endopath 3,8 мм (золотые) на калибровочном зонде 36 Fr. Вся линия скрепочного шва была дополнительно ушита.

Ощущение от работы было непривычным как у правши, пишущего левой рукой. Установка калибровочного зонда была затруднена из-за положения желудка. Большую часть времени приходилось использовать технику одной руки вместо обеих. Время операции составило 95 минут. Послеоперационный период прошел без осложнений, и пациент был выписан на 3-и сутки.

Заключение. Транспозиция внутренних органов (situs inversus viscerum) может доставить ряд сложностей хирургу во время операции. Лапароскопическая продольная резекция желудка выполнима и безопасна также для пациентов с морбидным ожирением в сочетании с полной транспозицией внутренних органов, не требуя каких-либо глобальных изменений в хирургической технике, специальных дополнительных инструментов, при условии, что хирург находится далеко за пределами кривой обучения.

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ ПОСЛЕ МИНИГАСТРОШУНТИРОВАНИЯ

А.В. КЛИМАСHEВИЧ¹, Я.Е. ФЕОКТИСТОВ¹, А.А. КАЛИНИЧЕНКО²

¹Московский клинический научный центр имени А. С. Логина. 111123, Москва, Россия

²ЗАО «Многопрофильный центр современной медицины «Евромед». 644024, Омск, Россия

Введение. Актуальность. Бариатрическая хирургия – надежный и эффективный способ лечения ожирения и устранения связанных с ним сопутствующих заболеваний. Целью данного исследования является оценка результатов лечения пациентов с морбидным ожирением после минигастрошунтирования (МГШ). Операция МГШ демонстрирует отличные результаты в лечении ожирения и ассоциированных заболеваний. Однако технические детали операции, в частности, длина билиопанкреатической петли (БПП), не стандартизированы, и по настоящее время отсутствуют четкие методические рекомендации.

Материалы и методы. Это проспективное рандомизированное исследование, в котором сравнивались исходы лечения у 160 (I группа) и 122 пациентов (II группа) после МГШ. Первая группа включала в себя пациентов, которым выполнялось МГШ с длиной БПП 150 см и вторая группа – 180 см соответственно.

Результаты лечения пациентов были проанализированы и сопоставлены с точки зрения %EWL, разрешения сопутствующих заболеваний и качества жизни (QoL) через 5 лет. Для оценки хирургического результата использовалась система отчетности и результатов бариатрического анализа (BAROS).

Результаты. Через 5 лет наблюдения пациенты как первой группы, так и второй группы чувствовали себя хорошо, и у пациентов наблюдалось значительное улучшение ИМТ. Средний дооперационный ИМТ у пациентов составил $43,78 \pm 6,37$ и $47,26 \pm 8,33$, а их средний ИМТ через 5 лет – $32,34 \pm 5,01$, $30,70 \pm 3,50$ соответственно. Через 5 лет %EWL составил $58,89 \pm 27,01$ и $62,23 \pm 11,98$ для пациентов с длиной БПП 150 см и 180 см соответственно. Оценка качества жизни пациентов в группах составила $2,03 \pm 0,58$ и $1,85 \pm 0,41$ ($p=0,027$), в то время как оценка сопутствующих заболеваний составила $1,78 \pm 0,73$ и $1,94 \pm 0,62$ соответственно через 5 лет.

Выводы. Минигастрошунтирование является эффективной бариатрической процедурой в долгосрочной перспективе в отношении снижения веса, разрешения сопутствующих заболеваний и улучшения качества жизни. МГШ с длиной БПП 150 см лучше по сравнению с длиной БПП 180 см через 5 лет по параметрам качества жизни. По параметрам потери избыточной массы тела и разрешение сопутствующих результатов показали сопоставимые результаты.

Мы наблюдаем, что снижение веса и длина петли не имеет четкой корреляции при длине билиопанкреатической петли более 180 см, но нарастает пищевой дискомфорт, чаще встречается диарея. Вывод, предлагаемый к обсуждению: если нет положительного эффекта, возрастают риски нежелательных последствий, то увеличение петли считаем нецелесообразным.

ИЗМЕНЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ МИОКАРДИАЛЬНЫХ ГЕНОВ У КРЫС С ПОСТИНФАРКТНОЙ ХСН ПОД ВЛИЯНИЕМ ПРЖ

О.В. КОРНЮШИН¹, К.В. ДЕРКАЧ², А.А. БАХТЮКОВ², Д.Л. СОНИН^{1,3}, М. КАЗАНТАЕВА^{1,3}, П.А. КАПУСТИНА^{1,3}, А.О. ШПАКОВ^{2,3}

¹ФГБУ НМИЦ им. В.А. Алмазова Минздрава России. 197341, Санкт-Петербург, Россия

²ФГБУН Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова Российской академии наук. 194223, Санкт-Петербург, Россия

³ГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова». 197022, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Актуальность. Бариатрические операции (БО) положительно влияют на сердечно-сосудистую систему при метаболическом синдроме, однако механизм этого влияния точно не известен. Продольная резекция желудка (ПРЖ) улучшает диастолическую функцию миокарда независимо от потери веса у крыс с моделью ожирения и хронической сердечной недостаточности (ХСН) с сохранённой фракцией выброса, положительно изменяя экспрессию миокардиальных генов, связанных с ХСН. Однако неизвестны изменения экспрессии этих генов при постинфарктной ХСН без ожирения. Цель. Изучить влияние ПРЖ на экспрессию миокардиальных генов у крыс с ХСН в сравнении с ложноперированными (ЛО) животными (ХСН+лапаротомия) и крысами с ХСН без лапаротомии.

Материалы и методы. Работа выполнена на самцах крыс Wistar SPF категории в соответствии с протоколом, одобренным Комиссией по контролю содержания и использования лабораторных животных НМИЦ им. В.А. Алмазова. Всем крысам выполнялась перманентная перевязка левой коронарной артерии с последующим разделением через 11 недель на 4 группы: контроль, ХСН, ХСН с ПРЖ и ЛО. Для проведения ПЦР выделяли тотальную РНК с помощью реагента «ExtraRNA», обратную транскрипцию проводили с помощью «MMLV RT Kit» (Евроген, Россия). Сигнал оценивали, используя амплификатор «7500 Real-Time PCR System» (Thermo Fisher Scientific Inc., США). В качестве референсных использовали гены 18S-рРНК (18S rRNA) и β-актина (Actb). Показатели экспрессии анализировали методом ΔΔCt, значения RQ рассчитывали по отношению к контрольной группе, принимая их за 1.0.

Результаты. В группах ХСН и ХСН-ЛО экспрессия всех изученных генов была повышена в сравнении с контролем, в большей степени для генов Trpc6 и Atp2a2. ПРЖ нормализовала экспрессию генов Trpc6 и Tgfb1, но не влияла на экспрессию Trpc3 и Atp2a2. Нормализация экспрессии

генов Tgrс6 и Tgfb1 может быть вовлечена в кардиопротекторный эффект ПРЖ, ослабляющий негативные последствия инфаркта миокарда и предотвращающий запуск каскадов, ассоциированных с постинфарктным кардиосклерозом и кардиовоспалением. Нами во всех группах с ХСН продемонстрирован высокий уровень экспрессии гена Atp2a2, что указывает на устойчивость во времени компенсаторного повышения экспрессии этого фермента, без заметного влияния на нее ПРЖ.

Выводы. ПРЖ снижает экспрессию миокардиальных генов Tgrс6 и Tgfb1, вовлеченных в патогенез постинфарктной сердечной недостаточности, что указывает в пользу снижения негативных последствий ишемии миокарда у животных, перенесших ПРЖ.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МИНИЖЕЛУДОЧНОГО ШУНТИРОВАНИЯ, ОСЛОЖНЁННОГО СТЕНОЗОМ ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА И РЕЦИДИВОМ ГПОД

С.Е. ЛАПШИНА¹, А.Е. НЕЙМАРК¹, Е.А. ЗОРИН², Е.С. ОРЛОВСКАЯ²

¹НМИЦ им. В.А. Алмазова, 197341, Санкт-Петербург, Россия

² ФГАУ «НМИЦ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России. 125367, Москва, Россия

Введение. Актуальность. Минижелудочное шунтирование (OAGB) признано эффективной и безопасной операцией в лечении ожирения и метаболического синдрома. У 4 % пациентов возникают осложнения, такие как белковая и/или витаминно-минеральная недостаточность, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, язвы гастроэнтероанастомоза, рецидив набора веса или чрезмерное снижение веса. Частота повторных вмешательств при ГЭРБ составляет 1–2 %, до 2 % при язвах гастроэнтероанастомоза. В литературных данных нет отработанного алгоритма консервативного лечения осложнений и утвержденных показаний к повторному оперативному вмешательству.

Цель. Обсуждение клинического случая лечения осложнений минижелудочного шунтирования.

Материалы и методы. Пациентке 60 лет с ИМТ 49,4 кг/м² выполнено лапароскопическое минижелудочное шунтирование и задняя крурорафия. Ранний послеоперационный период осложнился впервые возникшим пароксизмом фибрилляции предсердий (тахисистолия) с восстановлением синусового ритма на фоне терапии. Через месяц после операции – развитие стеноза гастроэнтероанастомоза (дважды эндоскопическая баллонная дилатация). Через 2 месяца – рецидив клинической картины стеноза и рецидив ГПОД. Принято решение о выполнении реконструктивной бариарической операции. Интраоперационно выявлено расхождение одного из швов задней крурорафии, расслоение мышечных волокон ножек диафрагмы, миграция 1/3 культи желудка в грудную клетку, рубцовая стриктура гастроэнтероанастомоза. Выполнена мобилизация ножек диафрагмы, низведение мигрировавшей культи желудка в брюшную полость, гастрощунтирование по Ру. В раннем послеоперационном периоде у пациентки выявлена гематома в стадии организации, на фоне лечения купирование болей. Через 2 недели отметила рецидив болевого синдрома. С учётом выраженного болевого синдрома и данных МСКТ (к зоне троакарной раны прилежит петля тонкой кишки без достоверных признаков пролабирания) выполнена диагностическая лапароскопия – данных за ущемление петли тонкой кишки не получено, выявлен грыжевой дефект в мезогастрии слева – ушит. За 3 месяца наблюдения состояние пациентки без отрицательной динамики.

Выводы. Данный клинический случай демонстрирует тактику лечения осложнений у пациентки после минижелудочного шунтирования.

ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Е.С. ЛОБОДА, Л.Ю. ОРЕХОВА, Д.И. ВАСИЛЕВСКИЙ, К.А. АНИСИМОВА, С.Ф. БАЛАНДОВ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. 197022, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Актуальность. Влияние на здоровье человека ожирения представляет собой междисциплинарную и чрезвычайно актуальную проблему современного общества. К числу многочисленных последствий ожирения, негативно влияющих на качество и продолжительность жизни человека, относятся и воспалительные заболевания пародонта (ВЗП). По данным эпидемиологических исследований, распространенность ВЗП во всем мире стремится к 100 %, что ставит эти заболевания в ряд наиболее актуальных тем в системе здравоохранения. Сегодня акцент с биопленки, как первичного этиологического фактора, сместился в сторону компенсаторных возможностей организма, связанных с общими факторами. Однако, в последние годы появилось достаточное количество исследований, подтверждающих, что ВЗП так же могут оказывать негативное влияние на системное здоровье и на результативность терапии, направленной на лечение общих заболеваний. А практикующие врачи в большинстве случаев недостаточно осведомлены о последствиях ВЗП, особенно с тяжелым течением.

Цель: анализ распространенности ВЗП у пациентов в зависимости от показателей индекса массы тела (ИМТ).

Материалы и методы. Проведен анализ 291 истории болезни пациентов с хроническими ВЗП. Показатели массы тела и роста указывались пациентами в анкете, являющейся приложением к карте стоматологического больного. В зависимости от ИМТ пациенты разделены на 5 групп.

Результаты. Обнаружена высокая распространенность заболеваний пародонта в группах с повышенным ИМТ и увеличение степени тяжести хронического генерализованного пародонтита с ростом показателя индекса массы тела. Анализ показателей ИМТ в зависимости от тяжести течения ВЗП в исследуемой выборке подтвердил, что пациенты с хроническим гингивитом имели ИМТ достоверно ниже ($25,0 \pm 4,58$), чем пациенты с хроническим пародонтитом ($29,3 \pm 5,00$ $p < 0,001$).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о высокой распространенности ВЗП у пациентов с ИМТ и ожирением, что дает основание заключить, что избыточная масса и ожирение являются факторами риска развития воспалительно-деструктивных процессов в пародонте.

ЭМОЦИОНАЛЬНО - ЛИЧНОСТНАЯ СФЕРА ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ ДО И ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ

И.В. МАЛЯМОВА, О.В. КОРНЮШИН

НМИЦ им. В.А. Алмазова, 197341, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Актуальность: одной из значимых проблем, с которой сталкиваются 30 % взрослого населения Российской Федерации, является ожирение. Наиболее действенным методом лечения данного заболевания признана бариатрическая операция. В послеоперационном периоде существенную роль приобретает психологическое сопровождение, направленное на коррекцию негативных эмоциональных состояний и активацию личностных ресурсов.

Цель: оценка эмоционально-личностной сферы пациентов с ожирением до бариатрической операции и спустя полгода после ее проведения.

Материалы и методы. В исследование включались женщины с установленным диагнозом E66.0, участвовавшие в консультативных встречах с медицинским психологом с периодичностью 1 раз в месяц на протяжении полугодия после проведения бариатрической операции. Применялись регистрационная карта, шкала Бека, опросник ММПИ, тест Лазаруса. Данные обрабатывались при помощи SPSS ver.23 (критерий Колмогорова-Смирнова, критерий Т-Вилкоксона).

Результаты. В исследовании приняли участие 40 человек, их средний возраст составил 39,85 лет [SD=6,43]. Через полгода после проведения бариатрической операции по сравнению с дохирургическим этапом наряду со снижением веса (129,08 кг [SD=31,20] vs 93,45 кг [SD=25,63] (p=0.000)) были выявлены статистически значимо более низкие показатели выраженности депрессии (шкала Бека: 10,65 [SD=7,75] vs 6,15 [SD=2,31] (p=0.004)), шкал К (13,80 [SD=4,11] vs 11,45 [SD=2,44] (p=0.005)) и Пессимистичности (64,05 [SD=13,69] vs 56,73 [SD=7,04] (p=0.007)) по ММПИ. По прошествии 6 месяцев после хирургического вмешательства в сопоставлении с дооперационным периодом пациенты с ожирением демонстрировали значимо меньшее предпочтение использования таких копинг-стратегий как Конфронтация (50,53 [SD=12,39] vs 43,18 [SD=8,95] (p=0.016)), Бегство-Избегание (54,35 [SD=11,16] vs 48,08 [SD=8,45] (p=0.011)), Планирование решения проблем (57,45 [SD=9,06] vs 50,45 [SD=7,34] (p=0.000)). Напротив, больший вес приобрели следующие стратегии совладания со стрессом: Самоконтроль (42,83 [SD=14,96] vs 53,5 [SD=10,83] (p=0.000)), Принятие ответственности (50,08 [SD=10,30] vs 54,68 [SD=10,13] (p=0.045)).

Выводы. В послеоперационный период пациенты становятся более открытыми, откровенными, у них снижаются проявления депрессивной симптоматики, отмечается стремление к самообладанию, признание зависимости между собственными действиями и их последствиями.

НОВЫЕ ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ СЛИВ-РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

А.И. МИЦИНСКАЯ, М.А. МИЦИНСКИЙ, А.Д. АХМЕТОВ

ГБУЗ «Городская клиническая больница имени С.С. Юдина» ДЗМ. 115446, Москва, Россия

Введение. Актуальность. Продольная резекция желудка (ПРЖ) является одним из наиболее часто выполняемых бариатрических вмешательств, имеющих высокую эффективность и низкий процент осложнений при стандартизированной технике выполнения. Однако эта операция с накоплением опыта ее выполнения претерпевает изменения в технических аспектах. При этом вопрос разработки технических методов профилактики таких грозных осложнений ПРЖ, как кровотечение и несостоятельность, не теряет своей актуальности.

Цель. Изучить новые технические аспекты выполнения ПРЖ и отразить собственный опыт применения модификаций, используемых для профилактики осложнений ПРЖ

Материалы и методы. Всего в период с 2019 по 2023 гг. было выполнено 800 лапароскопических ПРЖ. 610 операций выполнено через стандартный 5-прокольный доступ в брюшную полость, 190 – через 4-прокольный доступ с использованием стандартных и удлиненных лапароскопических инструментов. Желудочная трубка была сформирована по назогастральному калибровочному зонду 36 Fr с отступом от зоны привратника в 2 см и от кардиоэзофагеального перехода в 1 см.

У 200 (25 %) пациентов с целью профилактики кровотечения из линии степлерного шва производилось его клипирование на всем протяжении степлерного шва. У 150 (18,75 %) пациентов был применен метод обработки степлерного шва с использованием биполярного коагулятора. И у 450 (56,25 %) пациентов выполнялась двойная обработка степлерного шва – сначала с применением биполярного коагулятора, а затем – полным его ушиванием ручным обвивным швом медленно рассасывающейся нитью PDS 3.0.

Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 70±20 мин. В послеоперационном периоде пациенты госпитализировались в палату, через 2 часа проводились активизация и начало приема жидкостей. Средний срок пребывания в стационаре составил 2 ±2 дня.

Результаты. Средний возраст пациентов исходно составил 36,80 лет. Средняя масса тела пациентов – 97,70 кг (от 81 до 125 кг). Средний ИМТ исходно – 35,29 кг/м² (от 30,50 до 41,80 кг/м²). Частота кровотечений в первой группе составила 5 % (10 пациентов), во 2 группе – 3,3 % (5 пациентов), в 3 группе – 0,2 % (1 пациент). Частота несостоятельности степлерного шва в первой группе равнялась 1 % (2 пациента), во 2 группе – 0,6 % (1 пациент), в 3 группе – 0,2 % (1 пациент). Частота развития гастроэзофагеального рефлюкса во всех группах была сопоставима и равнялась 15,60 %. Частота развития белкового дефицита, требующего инициации пероральной поддержки белковыми смесями (без потребности в приеме парентеральных смесей) – 2,0 %, витаминных дефицитов – 1,0 %. Наиболее часто встречающимися были дефициты витамина Д3 и железа. Встречаемость дефицитов во всех группах была сопоставима.

Выводы. Примененная методика двойной обработки степлерного шва при выполнении ПРЖ (биполярная коагуляция + ушивание степлерного шва) достоверно снижает частоту таких осложнений, как кровотечение и несостоятельность степлерного шва.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПРОДОЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ 1 СТЕПЕНИ

А.И. МИЦИНСКАЯ, М.А. МИЦИНСКИЙ, А.Д. АХМЕТОВ

ГБУЗ «Городская клиническая больница имени С.С. Юдина» ДЗМ. 115446, Москва, Россия

Введение. Актуальность. В настоящее время вопрос выполнения бариатрических вмешательств при ожирении 1 класса приобретает все большую актуальность ввиду прогрессивного роста числа пациентов с ожирением 1 степени, не поддающимся консервативным методам лечения. Продольная резекция желудка (ПРЖ) повсеместно признана одной из наиболее изученных и эффективных бариатрических операций, однако ее влияние на регресс ожирения 1 класса остается не до конца изученным.

Цель. Изучить влияние ПРЖ на избыточную массу тела и сопутствующие метаболические нарушения у пациентов с ожирением 1 степени.

Материалы и методы. В исследование 400 пациентов с ожирением 1 степени, которым в период с 2019 по 2023 гг. была выполнена лапароскопическая ПРЖ. Оперативное вмешательство выполнялось через стандартный 5-прокольный доступ в брюшную полость с использованием стандартных и удлиненных лапароскопических инструментов. Формирование желудочной трубки производилось по назогастральному калибровочному зонду 36 Fr с отступом от зоны привратника в 2 см и отступом от кардиоэзофагеального перехода в 1 см. Далее степлерный шов на всем протяжении был погружен ручным обвивным непрерывным швом с использованием медленно рассасывающейся нити PDS 3.0. В конце операции производился тест на герметичность желудочной трубки с использованием метиленового синего. Выполнялось достижение гемостаза с применением биполярного коагулятора. Установка дренажа не проводилась рутинно. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 70 ± 20 мин. В послеоперационном периоде пациенты госпитализировались в палату, через 2 часа проводилась вертикализация и инициация приема жидкостей. Средний срок пребывания в стационаре составил 2 ± 2 дня.

Результаты. Средний возраст пациентов исходно – 34,30 года. Средняя масса тела пациентов – 88,30 кг (от 81 до 92 кг). Средний ИМТ исходно – 32,25 кг/м² (от 30,50 до 34,70 кг/м²). Средний ИМТ всех пациентов с ожирением первой степени исходно – 32,50 кг/м². 12 (3 %) участников имели нарушение толерантности к глюкозе исходно. Артериальную гипертензию исходно имели 25 (6,25 %) пациентов. Через 6 месяцев после операции у всех пациентов ИМТ вышел из референсных значений показателей ожирения, к 1 году составил 24,12 кг/м². У пациентов, оперированных в период с 2019 по 2021 гг. средний ИМТ через 2 года составил 24,66 кг/м². Среднее значение %EWL через 1 год – 118,72 %, через 2 года – 115,60 %. Минимальная потеря избыточной массы тела за весь период наблюдения – 95,70 %, максимальная – 200,01 %. Частота клинических проявлений изжоги после операции составила 16,24 %. Частота белковых дефицитов, требующих инициации пероральной поддержки – 2,2 %, витаминных дефицитов – 1,1 %. Наиболее часто встречающимися были дефициты витамина Д3 и железа. Частота несостоятельности линии степлерного шва в данной группе составила 0,2 %.

Выводы. ПРЖ имеет высокую эффективность в отношении снижения избыточной массы тела и регресса сопутствующих заболеваний у пациентов с ожирением 1 степени при низкой частоте осложнений данного типа вмешательства и может быть рекомендована в качестве метода лечения ожирения 1 степени в соответствии с показаниями, отраженными в Национальных клинических рекомендациях.

ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ ВЕРНИКЕ ПОСЛЕ ПРОДОЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

А.Е. НЕЙМАРК, С.Е. ЛАПШИНА, М.А. МОЛОТКОВА

ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России. 197341, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Актуальность. Энцефалопатия Вернике-Корсакова – это острое мозговое расстройство, характеризующееся тяжелыми церебральными, психическими нарушениями и высокой летальностью. Среди причин выделяют: алиментарный дефицит, нарушение всасывания, усиленный метаболизм. Среди бариатрических операций наиболее часто данное осложнение встречается при проведении мальабсорбтивных операций. Трудность диагностики заключается в схожести симптоматики дефицита витамина В1 и клинических проявлений после бариатрической операции, неосведомленности специалистов о данном осложнении, отсутствии возможности вовремя диагностировать данное состояние (биохимические тесты, МРТ). Ранние симптомы могут быть неспецифичны: общая слабость, изменения настроения с тенденцией к лабильности и раздражительности, таким образом, пациенты и врачи принимают это за нормальное течение послеоперационного периода.

Цель. Обсуждение клинического случая энцефалопатии Вернике, возникшего после продольной резекции желудка.

Материалы и методы. В статье изложен клинический случай пациентки с энцефалопатией Вернике, развившейся через 3 месяца после проведенного бариатрического лечения в объеме продольной резекции желудка. Для верификации диагноза была выполнена МРТ головного мозга – выявлено симметричное неоднородное повышение МР-сигнала на T2-взвешенных изображениях и T1 ρ от медиальных отделов таламуса, сосцевидных тел и серого вещества вокруг силвиева водопровода. В качестве терапии были инициированы инфузии тиамина с дальнейшим переходом на пероральный прием, на фоне лечения острая неврологическая симптоматика практически регрессировала, пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии с сохранением вертикального нистагма под наблюдение специалистов по месту жительства.

Выводы. Энцефалопатия Вернике может встречаться среди пациентов, перенесших бариатрическое вмешательство, в том числе рестриктивного характера. Частота встречаемости после продольной резекции желудка в последние годы повышается в связи с ростом популярности данных вмешательств. Провоцирующими факторами могут быть: психические нарушения, низкий комплаенс. Симптомы начального поражения могут быть неспецифичны. Диагностика заключается в оценке клинических симптомов, при возможности – оценка уровня тиамин крови, а также МРТ-картины. Терапия – восполнение дефицита путем в/в инфузий с дальнейшим переходом на пероральный прием.

ОЦЕНКА ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ ШКАЛ DIA-REM, AD-DIAREM, ABCD И IMS В НАСТУПЛЕНИИ РЕМИССИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

А. Е. НЕЙМАРК, М. А. МОЛОТКОВА, Е. О. МАКАРОВА, М. И. ГАЛЬЧЕНКО
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России. 197341, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Актуальность. Бариатрическая хирургия приводит к значительной потере веса и улучшает метаболические исходы с ремиссией диабета у значительной части пациентов с ожирением и сахарным диабетом 2 типа. С целью прогнозирования эффекта хирургического лечения на течение сахарного диабета 2 типа были предложены несколько шкал.

Цель. Оценка точности шкал DiaRem, Ad-DiaRem, ABCD, IMS в прогнозировании ремиссии СД 2 типа у пациентов, перенесших бариатрическое вмешательство.

Материалы и методы исследования. На основании ретроспективного анализа в исследование были включены 38 пациентов с СД 2 после бариатрической операции со сроком наблюдения не менее 1 года. Для обработки данных применялась платформа KNIME Analytics Platform 4.3.6 (KNIME AG, Швейцария).

Результаты лечения. Среди 38 пациентов 12,8 % достигли частичной ремиссии, 52,6 % – полной, 31,6 % не достигли ремиссии. Для шкалы DiaRem критерий хи-квадрат не позволяет говорить о наличии статистически значимой связи ($\chi^2 = 6,76$, DF = 4, p-value = 0,15). AUC = 0,744, k = 0,383. Прогностическая ценность шкалы DiaRem низкая. Для шкалы Ad-DiaRem получен статистически значимый результат ($\chi^2 = 22,0$, DF = 4, p-value = 0,0002). AUC = 0,88, k = 0,632. Для шкалы Ad-DiaRem прогностическая ценность высокая. Для шкалы IMS критерий хи-квадрат не позволяет говорить о наличии статистически значимой связи ($\chi^2 = 4,13$, DF = 4, p-value = 0,3887) – прогностическая ценность шкалы низкая. Для шкалы ABCD получен статистически значимый результат ($\chi^2 = 15,75$, DF = 4, p-value = 0,0034). Для бинарной классификации (“Ремиссия”/“Нет ремиссии”): AUC = 0,98, каппа Коэна k = 0,86, при пороговом значении вероятности ремиссии P = 0,55399, подобранном для максимизации F-measure (0,96). Шкала ABCD имеет высокую прогностическую ценность.

Выводы. По результатам проведенного анализа сделан вывод о лучшей прогностической ценности шкалы Ad-DiaRem и ABCD. Простота применения, хороший прогностический эффект позволяет рекомендовать Ad-DiaRem и ABCD при планировании бариатрического лечения у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

ПРОБЛЕМЫ БАРИАТРИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

Н.А. НИКОЛАЕВА, Д.А. АРУТЮНОВА

АНО «Центр популяризации охраны здоровья граждан «Сохрани жизнь». 121471, Москва, Россия

Введение. Актуальность темы. Современный мир не приспособлен для жизни людей с ожирением: бытовые сложности, неразвитая инфраструктура в медицинских учреждениях, точках общественного питания и общественном транспорте и предвзятое отношение со стороны общества приводят к социальным и психологическим проблемам.

Проблематика. Дезинформация населения в вопросах лечения ожирения, способная привести к критическим последствиям для здоровья и жизни, отсутствие своевременного и качественного до- и послеоперационного сопровождения пациентов с ожирением и недостаток государственных квот на бариатрическое лечение в России.

Цель доклада. Привлечь внимание общественности и ведущих медицинских специалистов, готовых регулярно предоставлять достоверную и актуальную информацию, к проблеме ожирения в России как к глобальному явлению, требующему незамедлительного вмешательства неравнодушных экспертов и пациентов с опытом бариатрического хирургического (или другого действенного и доказанно успешного) метода лечения морбидного ожирения.

Предлагаемый метод решения. Проект S-VES «Сообщество здорового веса» – инициативная группа из числа бариатрических пациентов, создавших единую информационную и социально активную платформу S-VES для пациентов с ожирением с привлечением ведущих специалистов в области лечения морбидного ожирения.

Результаты. – Участие в конференции «Актуальные вопросы и проблемы лечения ожирения, сахарного диабета II типа и метаболических расстройств в системе ФМБА» 21 апреля 2023 года;

– Очное и онлайн-общение и консультации для потенциальных пациентов, их родственников, заинтересованных лиц в период реабилитации после бариатрической операции;

– Положительный опыт «бариатрических друзей» и положительные отзывы о работе сообщества;

– Расширение команды экспертов.

Выводы. Проект S-VES «Сообщество здорового веса» – универсальная платформа опытных российских врачей и пациентов, решающая комплекс проблем, с которыми сталкиваются страдающие ожирением люди: предоставляет квалифицированное и своевременное до- и послеоперационное сопровождение, достоверную и актуальную информацию по лечению ожирения и сохранению здорового веса, обеспечивает психологическую поддержку на всех этапах лечения пациента.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ И С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

Е.С. ОРЛОВСКАЯ, Е.А. ЗОРИН

ФГАУ «НМИЦ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России. 125367, Москва, Россия

Введение. Актуальность. Одним из наиболее распространенных сопутствующих заболеваний у пациентов с ожирением является синдром обструктивного апноэ сна (СОАС). Периоперационный период у пациентов с морбидным ожирением в сочетании с СОАС сопряжен с высоким риском развития осложнений. В связи с этим этой группе пациентов требуется проведение тщательной предоперационной подготовки, в том числе с применением неинвазивной вентиляции легких. В настоящее время нет единого мнения о необходимой продолжительности предоперационной подготовки у этих пациентов

Цель. Оценить эффективность краткосрочной предоперационной подготовки пациентов с морбидным ожирением и СОАС тяжелой степени

Материалы и методы. На этапе нашей работы в период с 2012 по 2015 гг. у 55 пациентов с ожирением был выявлен СОАС тяжелой степени. Всем пациентам в качестве предоперационной подготовки выполнялась установка внутрижелудочного баллона, подбор CPAP-терапии, коррекция терапии сопутствующих заболеваний, дальнейшая подготовка к операции проводилась амбулаторно. После снижения веса и компенсации СОАС 35 пациентов были прооперированы. В период, начиная с 2016 г., подготовка к операции данной категории пациентов проводится в условиях стационара. По результатам обследования выполнялся подбор CPAP-терапии, по показаниям – оксигенотерапия, медикаментозная коррекция коморбидной патологии. После компенсации СОАС пациенты оперировались с применением низкоопиоидной анестезии и стандартизированной методики оперативного вмешательства. В послеоперационном периоде продолжалась CPAP-терапия, а также применялась методика ускоренной реабилитации. Всего в соответствии с вышеописанной методикой пролечено 117 пациентов.

Результаты. С января 2012 г. по декабрь 2015 г. длительность предоперационной подготовки пациентов с морбидным ожирением и СОАС тяжелой степени составляла $183,21 \pm 20,74$ дня. В этой группе пациентов было зафиксировано 2 эпизода рекуаризации в ближайшем послеоперационном периоде, а также 1 летальный исход у пациента с СОАС крайне тяжелой степени после установки внутрижелудочного баллона. Проведение предоперационной подготовки в условиях стационара, начиная с 2016 г., позволило сократить ее продолжительность до $6,24 \pm 0,55$ дней. Летальности и осложнений в этой группе не было.

Выводы. Полученные данные говорят об эффективности проведения краткосрочной предоперационной подготовки у данной категории пациентов; при этом предоперационное снижение веса не является строго обязательным и не оказывает значимого влияния на течение периоперационного периода. Длительность предоперационной подготовки должна определяться не объемом потери избыточной массы тела, а скоростью компенсации СОАС

РЕГИОНАРНЫЕ АНЕСТЕЗИИ В БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

А.А. ПОЛЯКОВ, А.О. СОЛОВЬЁВ, М.И. БДЕУИ, К.А. БЕССОНОВ

АО МНПО «Клиника «Движение». 400107, Волгоград, Россия

Введение. Ожирение – серьезная медико-социальная проблема, затрагивающая широкие слои населения. Бариатрическая хирургия на сегодняшний день является признанным и эффективным методом лечения ожирения и в основном выполняется лапароскопически, оптимизация схем обезболивания в послеоперационном периоде по-прежнему имеет важное значение для уменьшения осложнений и повышения комфорта у пациентов. Продольная резекция желудка пока остается наиболее популярной, однако отличается более выраженным болевым синдромом в раннем послеоперационном периоде. По своему механизму абдоминальный болевой синдром принято разделять на висцеральный и соматический. Висцеральная боль проводится симпатическими волокнами и трудно купируется традиционными анальгетиками, соматическая – возникает в местах непосредственной травмы брюшной стенки и более контролируема. По современным данным, именно висцеральная боль является главным источником болевой реакции в первые 24 часа после продольной резекции желудка, начинается сразу после вмешательства, часто сопровождается тошнотой и рвотой, может потребовать применения наркотических анальгетиков, увеличивая время пребывания в стационаре. Для облегчения данного состояния используют регионарные анестезии, которые входят в концепцию мультимодальной анальгезии. Предоперационно возможно использование ESP-блока (Erector spinae plane block), который эффективно снимает висцеральную боль, применяется при операциях на брюшной и грудной полостях, позвоночнике. представляет собой недавно описанную методику, предназначенную для блокады дорсальных и вентральных ветвей грудных спинномозговых нервов. Боль, вызванная хирургической травмой брюшной стенки, по своей природе является соматической и купируется с помощью блокады поперечной мышцы живота, так называемый TAP-блок (Transversus Abdominis Plane block). Интраоперационно можно выполнять парагастральную блокаду, механизмами действия которой является снижение парасимпатического влияния на желудок, а также деактивация механочувствительных рецепторов в стенке органа и блокада афферентных симпатических волокон, идущих в спинной мозг.

Цель. Изучение эффективности и безопасности сочетания различных видов регионарной анестезии в периоперационном периоде при продольных резекциях желудка.

Материалы и методы. Мы инициировали исследование с целью улучшения эффективности периоперационного обезболивания. 25 больным, перед операцией был выполнен ESP-блок, интраоперационно парагастральный и TAP-блоки раствором ропивакаина. В раннем послеоперационном

периоде стандартно контролировались показатели жизнедеятельности и, особенно, болевой синдром, как конечную точку эффективности анестезии. **Результаты.** У этих пациентов была существенно снижен болевой синдром. Интенсивность по шкале боли через 3 и 6 часов после операции была ниже, чем у остальных.

Заключение. Статистические данные нами пока не получены из-за малого количества наблюдений, но первые результаты многообещающие.

УЩЕМЛЕННЫЕ ВЕНТРАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ КАК ПРИЧИНА РЕЛАПАРОСКОПИИ ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

А.А. ПОЛЯКОВ, А.О. СОЛОВЬЁВ, М.И. БДЕУИ, И.В. МИХИН, К.А. БЕССОНОВ

ВолГМУ, АО МНПО «Клиника «Движение». 400107, Волгоград, Россия

Введение. Цель: сформировать алгоритм ведения пациентов с ожирением в сочетании с вентральными грыжами.

Актуальность. Лечение грыж брюшной стенки является наиболее частой операцией, выполняемой стационарными хирургами. В настоящее время наблюдается высокая распространенность ожирения, что делает операцию у этой категории больных более сложной. В свою очередь ожирение является одним из основных факторов риска развития послеоперационных грыж. Кроме того, оно связано с более высокой частотой раневых, инфекционных, тромбоэмболических осложнений и рецидивов. Исходя из этого, возникает вопрос, следует ли предлагать этим пациентам бариатрическую операцию, а затем, после снижения веса, выполнять герниопластику, или рекомендовать одновременное вмешательство по поводу грыжи и ожирения или просто оперировать по поводу имеющейся вентральной грыжи. Еще несколько дискуссионных вопросов: если ушивать грыжевой дефект одновременно с бариатрической операцией, то какую пластику использовать; что делать при обнаружении непальпируемых, «скрытых» на фоне ожирения дефектов, ставших интраоперационной находкой. Иногда грыжи могут быть первоначальной причиной обращения к хирургу, а затем поводом для направления к специалистам, занимающихся бариатрией, для снижения веса перед реконструкцией брюшной стенки. Тип бариатрической операции, размер, локация грыжевого дефекта и его содержимое, предыдущее хирургическое вмешательство в случае послеоперационной грыжи и его объем, симптомы, связанные с грыжей, являются факторами, которые необходимо анализировать и информировать пациента о возможных интраоперационных изменениях тактики из-за имеющихся находок, особенно в связи с наличием спаек. Таким образом, может измениться первоначальная стратегия лечения пациента с ожирением, продолжительность операции, имеющее ключевое значение у этой категории больных. Возможность несостоятельности линии швов полых органов ставит под сомнение использование сетчатых протезов в потенциально инфицированных условиях. Подкупающая своей простотой пластика с внутрибрюшным размещением имплантата описана как безопасный вариант, но необходимость размещения сетки в брюшной полости и связанные с этим осложнения, вызывает некоторые опасения. В качестве альтернативы рассматривается первичное лапароскопическое закрытие дефекта трансфасциальными швами, что, по данным литературы, приводит практически к 100 % рецидиву и может рассматриваться как временная, перед радикальным лечением, операция. Этапное лечение с герниопластикой на более поздних сроках имеет ряд преимуществ в виде вероятной компенсации сопутствующих заболеваний, таких как гипертония и сахарный диабет, с уменьшением риска послеоперационных осложнений, снижения внутрибрюшного давления, как основного фактора рецидива, а также делает операцию технически проще.

Материалы и методы. Мы располагаем опытом выполнения различных бариатрических операции у 302 пациентов. В 55 (18,3 %) случаях имелись первичные или послеоперационные грыжи, выявленные при осмотре. В случаях наличия лапаротомии в анамнезе у 18 (5,9 %) больных, мы обнаруживали у всех грыжевые дефекты по ходу послеоперационного рубца.

Результаты. До 2021 года в случае обнаружения грыжи мы не меняли ход операции и не выполняли никакой пластики. В 2021 году у 3 (5,4 %) пациентов в раннем послеоперационном периоде произошло ущемление петель тонкого кишечника в грыжевых дефектах (в 2 случаях – первичные пупочные грыжи W2, в 1 – послеоперационная грыжа M2-3W2) с развитием тонкокишечной непроходимости, что потребовало выполнения релапароскопии с низведением ущемленных петель кишечника и ушиванием дефектов трансфасциальными швами иглой Берси или интракорпоральным швом. Послеоперационный период у больных протекал гладко.

Еще 3 пациентам, обратившимся по поводу грыж, первым этапом выполнена бариатрическая операция с натяжным ушиванием дефектов, а спустя год – эндовидеохирургическая субмукулярная герниопластика по Rives-Stoppa с гладким послеоперационным периодом.

Заключение. Таким образом, мы сформировали доктрину поведения хирурга в случаях обнаружения интраоперационно грыжевых дефектов – ушивание нерассасывающейся нитью трансфасциальными швами иглой Берси или интракорпоральным швом всех дефектов более 1 см, в которых возможно ущемление, без использования сетчатых материалов. Затем, после снижения массы тела, – плановое оперативное лечение с применением сетчатых имплантатов и малоинвазивных технологий.

ВОЗМОЖНОСТИ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПРИ МОРБИДНОМ ОЖИРЕНИИ В СОЧЕТАНИИ С РЕДКИМИ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ. КЛИНИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ

В.С. САМОЙЛОВ, Е.А. ЗАЦЕПИНА, А.В. СТЕПАНЕНКО, Е.Е. НОВИЧИХИНА, А.П. ВОЛЫНКИНА

Центр бариатрической и метаболической хирургии «Хирургия ожирения Воронеж».
«ООО «Клиника «Город Здоровья». 394036, Воронеж, Россия

Введение. Актуальность. В 95 % случаев ключевым звеном развития морбидного ожирения (МО) является алиментарный фактор. Доказанным эффективным методом лечения экзогенно-конституционального ожирения, является бариатрическая хирургия. Однако в случае, когда ожирение является осложнением эндокринного заболевания, а алиментарный фактор является вторичным, бариатрические вмешательства изучены недостаточно. Одним из таких заболеваний является врожденная дисфункция коры надпочечников (ВДКН). Целью лечения является назначение адекватных доз глюкокортикоидов (ГК). Воспроизведение суточного ритма гормонов приводит к передозировке ГК и связанным с ней осложнениям, к избыточной массе тела и инсулинорезистентности, требующие приема больших доз ГК, что ухудшает течение ожирения и образует порочный круг.

Материалы и методы. Яркой демонстрацией является пример успешного проведения бариатрической операции пациентке с МО на фоне ВДКН. Пациентка А., 31 год, ИМТ=43 кг/м², обратилась для проведения бариатрического вмешательства с диагнозом: МО. ВДКН, дефицит 21-гидроксилазы, сольтеряющая форма. Вторичные аденомы правого надпочечника, состояние после левосторонней адреналэктомии в 2010 г. Аменорея I. НАЖБП. Остеопения. Из данных анамнеза генез ожирения носит смешанный характер. Получала преднизолон 5 мг 2 р/сут., кортинефф 0,1 мг 1 р/сут. С учетом отсутствия достоверных данных воздействия гипоабсорбтивного эффекта шунтирующих операций на фармакокинетику ГК, принято решение о проведении лапароскопической рукавной резекции желудка. На следующий день большая возобновила прием ГК в прежних дозах. Выписана через 48 ч. При наблюдении через 3 месяца установлен латентный железодефицит и недостаточность витамина D. Процент потери избыточной массы тела (%EWL) – 42,8 %. Увеличена доза препаратов витамина D и железа. Доза преднизолона снижена до 2,5 мг вечером, утренняя доза преднизолона и кортинефф оставлены прежними. Через 7 месяцев вес пациентки 74 кг, %EWL – 72,1 %.

Выводы. Бариатрическая хирургия эффективна и безопасна не только при МО, но и при ожирении вследствие эндокринной патологии. Доза преднизолона снижена на 25 % при снижении массы тела на 72,1 % от избыточной. Данный опыт отражает возможность проведения бариатрических операций для лечения МО у пациентов с ВДКН при участии мультидисциплинарной команды в крупных бариатрических центрах с большим опытом в метаболической медицине. Полученный результат в виде снижения дозы ГК демонстрирует влияние МО на тяжесть течения ВДКН. Эндокринные заболевания не должны являться противопоказанием к проведению бариатрических операций при имеющемся МО, если исход позитивно влияет на течение основного заболевания.

ВЛИЯНИЕ ПРОДОЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА И МИНИЖЕЛУДОЧНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТАМИ ЛЕВОТИРОКСИНА НАТРИЯ

В.С. САМОЙЛОВ, Е.Е. НОВИЧИХИНА, А.В. БУДНЕВСКИЙ, А.В. СТЕПАНЕНКО, Е.А. ЗАЦЕПИНА

Центр бариатрической и метаболической хирургии «Хирургия ожирения Воронеж».

«ООО «Клиника «Город Здоровья». 394036, Воронеж, Россия

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации. 394036, Воронеж, Россия

Введение. Актуальность. Одним из ассоциированных с морбидным ожирением (МО) состояний является гипотиреоз. Известно, что пациенты с высоким ИМТ имеют повышенную потребность в левотироксине натрия для поддержания эутиреоидного состояния. На это влияют избыток жировой ткани, увеличение объема распределения или замедленное всасывание препарата в желудочно-кишечном тракте. В связи с кратным ростом в последние годы количества бариатрических вмешательств увеличивается и число оперированных пациентов с нарушением функции щитовидной железы. При рестриктивных бариатрических операциях, таких как продольная резекция желудка (ПРЖ), пассаж пищи и всасывание веществ не изменяется. Следовательно, проведение ПРЖ не должно влиять на биоусвояемость левотироксина натрия, который всасывается преимущественно в тонком кишечнике. При выполнении же шунтирующих процедур, например, минижелудочного шунтирования (МГБ), не исключена его гипоабсорбция. Однако данный аспект в настоящее время изучен недостаточно.

Цель исследования. Оценить влияние ПРЖ и МГБ на особенности заместительной гормональной терапии при МО и гипотиреозе.

Материалы и методы. В исследование включено 20 пациентов (19 женщин и 1 мужчина) с МО, 18 из которых принимали левотироксин натрия в связи с хроническим аутоиммунным тиреоидитом, а 2 по поводу послеоперационного гипотиреоза. Средний ИМТ пациентов составил 45,46 кг/кв.м. В 11 случаях была произведена ПРЖ, в том числе у 2 пациентов с послеоперационным гипотиреозом, в 9 случаях – МГБ. Лабораторная оценка показателей гормонального статуса и клиническая коррекция осуществлялись через 6 месяцев после операции.

Результаты. У 100 % пациентов после ПРЖ достигнуто снижение дозировки левотироксина натрия, в среднем на 21,8 %. Из пациентов группы с МГБ двоим (22,2 %) удалось снизить среднюю дозировку принимаемого препарата на 29,1 %, 1 пациент полностью прекратил прием препарата. Однако у 2 (22,2 %) необходимая дозировка возросла на 33,3 %, а у 4 (44,4 р%) – не изменилась.

Выводы. Потеря веса после бариатрической операции позитивно влияет на течение гипотиреоза и снижает потребность в препаратах левотироксина натрия. Однако гипоабсорбтивный компонент шунтирующих вмешательств может иметь обратный эффект, что подчеркивает необходимость дальнейшего изучения данной проблемы.

INTELLIGENT MINI GASTRIC BYPASS (IMGB) – КАК ТЕХНИКА, МАКСИМАЛЬНО РЕАЛИЗУЮЩАЯ ТРЕБОВАНИЯ К ОДНОАНОСТОМОЗНОМУ ЖЕЛУДОЧНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ

В.С. САМОЙЛОВ, А.В. СТЕПАНЕНКО, Е.А. ЗАЦЕПИНА, Е.Е. НОВИЧИХИНА

Центр бариатрической и метаболической хирургии «Хирургия ожирения Воронеж».
«ООО «Клиника «Город Здоровья». 394036, Воронеж, Россия

Введение. Актуальность. С минижелудочным шунтированием (MGB) по-прежнему ассоциируется ряд противоречий, которые главным образом касаются рисков билиарного рефлюкса и язв гастроэнтероанастомоза (ГЭА). К ним предрасполагают технические особенности наиболее распространенной техники MGB – с аппаратным ГЭА: 1) поперечное прошивание желудка с помощью сшивающего аппарата не всегда позволяет сформировать «малый желудочек» максимально возможной длины и необходимой формы; 2) формируемый ГЭА имеет конфигурацию по типу «бок-в-бок», что уменьшает конечную длину «малого желудочка»; 3) большое количество остающегося инородного нерассасывающегося материала (металлических скрепок) непосредственно в зоне ГЭА может приводить к воспалению и образованию зон ишемии между степлерными линиями. Также значительная общая протяженность степлерных линий увеличивает потенциальные риски внутрибрюшных и внутрипросветных кровотечений. Предлагаемые ранее варианты MGB с ручным ГЭА не позволяют в полной мере решить эти вопросы.

Цель. Разработать модификацию операции, приближенную к реализации теории «идеального» MGB.

Материалы и методы. Способ операции с полностью ручным ГЭА (iMGB) использован у 140 пациентов. Особенность техники заключается в том, что формирование «малого желудочка» начинается не с поперечного прошивания аппаратом, а с его рассечения под любым необходимым углом и на любом уровне с помощью электролигирующих инструментов. Такой прием позволяет создать максимально длинный «малый желудочек», равномерно узкий на всем протяжении, с открытым технологическим отверстием в дистальной части для наложения ГЭА. Выполняется аналогичного диаметра энтеротомия и формируется однорядный ручной ГЭА правильной Т-образной конфигурации по типу «конец-в-бок». Проведен проспективный сравнительный анализ ранних результатов пациентов группы iMGB с контрольной группой пациентов с аппаратным ГЭА (MGB).

Результаты. Техника iMGB позволяет добиться снижения количества, остающегося в организме инородного нерассасывающегося материала практически в 1,5 раза при полном его отсутствии в зоне ГЭА, с достоверно меньшими рисками ранних послеоперационных осложнений. Достоверных различий в рисках инфекционных осложнений между группами не обнаружено.

Выводы. Разработанная техника iMGB является эффективным и безопасным вмешательством. Тем не менее она рекомендуется к выполнению только в бариатрических центрах с большим опытом, поскольку предъявляет высокие требования к хирургической технике и навыкам интракорпорального ручного шва.

«FAST TRACK» ПРОТИВ «FAST FOOD» В БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

А.О. СОЛОВЬЁВ, А.А. ПОЛЯКОВ., М.И. БДЕУИ, К.А. БЕССОНОВ

ВолгГМУ, АО МНПО «Клиника «Движение». 400107, Волгоград, Россия

Введение. «Fast-track» или протоколы ускоренной послеоперационной реабилитации пациентов, появившиеся в середине 90-х годов прошлого века в западной литературе (или Enhanced recovery after surgery, ERAS), внедрены в различные области хирургии и демонстрируют свою эффективность на протяжении многих лет. В своей практике мы используем этот подход для комфортного пребывания больных в периоперационном периоде, снижения вероятности интра-, и послеоперационных осложнений, улучшения их качества жизни и понижения общих затрат клиники.

Цель. Улучшить результаты лечения пациентов с ожирением посредством внедрения методов программы ускоренного восстановления.

Материалы и методы. Решение об операции принимается во время консультации пациента с бариатрическим хирургом. В полном объеме обсуждаются все факторы риска, возможные осложнения раннего и позднего послеоперационного периодов, реабилитация и ожидаемые результаты. Если был выбран оперативный метод лечения ожирения, выдается необходимый список комплексного обследования, согласуется дата, пациент поступает в стационар в день операции. Ограничений в питании накануне нет, механическая очистка кишечника не проводится, утром в день операции допускается прием жидкости, не ранее чем за 2 часа до вмешательства. У бариатрических пациентов повышен риск тромбоэмболических осложнений, поэтому проводятся профилактические мероприятия в виде эластической компрессии нижних конечностей. Перед подачей в операционную может быть выполнен ESP-блок (erectore spinae plane block) раствором ропивакаина, при ожидании выраженного болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде.

Используется общая анестезия с применением современных анестезиологических препаратов, минимизирующая хирургический стресс. Интраоперационно поддерживается нормотермия, посредством укладки больного на матрас с подогревом и укрывания открытых участков тела пациента, подогрева газа для пневмоперитонеума. Рутинно используем предоперационную антибиотикопрофилактику. В своей практике мы применяем лапароскопический доступ, как наиболее оптимальный для бариатрических операций и являющийся основой ускоренной реабилитации. После вхождения в брюшную полость и постановки всех троакаров выполняется парагастральный блок раствором ропивакаина и только затем основной этап вмешательства. Большое внимание уделяется достижению гемостаза. В местах интервенции и брюшной полости в целом должно быть «сухо», чтобы не возникло потребности в постановке дренажа, что по-нашему мнению «дисциплинирует» операционную бригаду, мы согласны с современным мнением, что «профилактическое» дренирование сегодня – признак неуверенности, а не качества операции. При сомнениях в должном уровне гемостаза могут быть применены местные гемостатические средства. Перед извлечением препарата выполняем TAP-блок (transversus abdominis plane block, TAP-block) раствором ропивакаина, затем трансфасциальное ушивание раны рассасывающимся материалом. Желудочный зонд удаляется во время наркоза, это способствует уменьшению стресса и раннему энтеральному питанию. Пробуждение происходит на операционном столе, а окончательное восстановление сознания – в палате интенсивной терапии. Через некоторое время пациент самостоятельно переходит в палату. В раннем послеоперационном периоде приоритетной задачей является адекватная анальгезия, активизация пациента, а также профилактика инфекционных и тромбоэмболических осложнений. Это обеспечивается назначением анальгетиков, прямых

антикоагулянтов, спазмолитиков, достаточным объемом инфузий, ранним началом энтерального питания смесями с консультацией диетолога. **Результаты.** Средняя длительность пребывания больного в стационаре составила 2,5 койко-дня, при выписке даются рекомендации по образу жизни, лекарственной терапии, питанию. Наблюдение пациентов проводится 1 раз в 3 месяца 1 год, затем 1 раз в 6 месяцев 2-й год, затем 1 раз в год. Каждый наш пациент зарегистрирован в системе национального бариатрического регистра Barioereg. На сегодняшний день их количество составляет 324 человека.

Заключение. «Fast food» избавляет от утомительного стояния на кухне и позволяет «вкусно» перекусить, находясь вдалеке от дома. Устойчивая, низкая цена и необычность привлекали покупателей, а сомнения в безопасности развеяны маркетинговыми уловками. Теперь же, все медицинское сообщество пытается справиться с его последствиями. К сожалению, мы не можем ускорить естественные биологические процессы репарации тканей, однако в наших силах обеспечить минимальную травматизацию, адекватное обезбоживание, не мешать им трубками, излишними иммобилизацией, инфузией и полипрагмазией там, где без этого можно обойтись.

ОПЕРАЦИЯ VS КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИМТ 30-34,9 КГ/М² – КАКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ?

Е.А. СПИЧАКОВА, Ю.М. ГОМОН, А.В. ГУСЕВ

Санкт-Петербургское ГБУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия». 194214, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Актуальность. На сегодняшний день остается недооцененной проблема ожирения 1 степени. Большинство бариатрических хирургов и эндокринологов по-прежнему считают, что для пациентов с ожирением 1 степени наиболее удачным вариантом лечения является модификация образа жизни (повышенная физическая активность, диета с ограничением калорийности), психологическая поддержка и медикаментозная терапия. Однако, консервативная терапия ожирения, в том числе у лиц с ожирением 1 степени, показала низкую эффективность в снижении веса и лечении сопутствующих ожирению заболеваний.

Материалы и методы. Нами проведено наблюдательное ретроспективное исследование с использованием базы данных Платформы прогнозной аналитики «Webiomed», содержащей обезличенные электронные медицинские карты пациентов из медицинских информационных систем различных медицинских организаций и регионов РФ в период 1999–2022 гг. Мы оценили эффективность консервативной терапии ожирения 1 степени у пациентов в возрасте 18–50 лет. Помимо динамики ИМТ, в качестве исходов оценивали 10-летние риски развития гипертонической болезни, сахарного диабета 2 типа, дислипидемии, сердечно-сосудистых событий (инфаркта и инсульта). Так же, на основании реестра Barioereg, были оценены хирургические риски у этой группы пациентов.

Были собраны сведения о 59 427 пациентах с ожирением 1 степени. Отмечен прогрессивный рост ИМТ на фоне консервативного лечения в 10-летней перспективе. Продемонстрированы высокие 10-летние риски развития артериальной гипертензии (ОШ 1,81 (95% ДИ 1,7751; 1,8594), $p < 0,0001$), дислипидемии (ОШ 1,2 (95% ДИ 1,165; 1,235), $p < 0,0001$), сахарного диабета 2 типа (ОШ 1,2 (95% ДИ 1,165; 1,235), $p < 0,0001$), инфарктов и инсультов (ОШ 2,26 (95% ДИ 2,167; 2,363), $p < 0,0001$).

При оценке данных аналогичных пациентов, перенесших бариатрическую операцию, наблюдается нормализация или значительное снижение ИМТ, исчезновение признаков нарушения углеводного и липидного обмена.

Выводы. Ожирение 1 степени ассоциировано с высоким 10-летним риском развития артериальной гипертензии (ОШ 1,81 (95% ДИ 1,7751; 1,8594), $p < 0,0001$), дислипидемии (ОШ 1,2 (95% ДИ 1,165; 1,235), $p < 0,0001$), сахарного диабета 2 типа (ОШ 1,2 (95% ДИ 1,165; 1,235), $p < 0,0001$), инфарктов и инсультов (ОШ 2,26 (95% ДИ 2,167; 2,363), $p < 0,0001$). С учетом высоких рисков развития сердечно-сосудистых событий в 10-летней перспективе должна быть рассмотрена хирургическая тактика лечения ожирения. Бариатрическая хирургия у лиц с ожирением 1 степени является безопасным и эффективным методом снижения веса и лечения коморбидных состояний.

НАШ ОПЫТ В БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ: ПЕРВЫЕ 1000 ОПЕРАЦИЙ

С.С. СТЕБУНОВ, А.А. ГЛИННИК, В.И. ГЕРМАНОВИЧ, О.О. РУММО

Минский НПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии. 220045, Минск, Республика Беларусь

Введение. Актуальность. В последние годы количество бариатрических вмешательств неуклонно растет во всем мире. Это связано в первую очередь с увеличением количества ожирения, а также с развитием хирургических и анестезиологических технологий. По данным статкомитета, в Республике Беларусь в 2000 году число лиц с ожирением было 19,9 %, в 2010 – 23,7 %, 2016 – 25,4 %, в 2020 году – 26,6 %. Из них 12 % имеют морбидное ожирение с ИМТ свыше 40 кг/м², где показано только оперативное лечение.

Материал и методы. На данный момент мы имеем опыт проведения 1008 бариатрических вмешательств. Средний возраст оперированных пациентов на момент операции составил 47,5±10,2 года (от 18 до 67 лет). Мужчин из них – 22 %, женщин – 78 %. ИМТ 30–32 кг/м² имели 3 %, 32–35 кг/м² – 11 %, 35–40 кг/м² – 24 %, 40–50 кг/м² – 40 %, 50–60 кг/м² – 14 % и свыше 60 – 8 %. Таким образом, 82 % пациентов на момент операции имели ИМТ свыше 35 кг/м². Максимальный ИМТ составил 91 кг/м², максимальный вес оперированного пациента – 255 кг. В 72 % случаев у пациентов имелись признаки метаболического синдрома в виде сахарного диабета 2 типа, нарушений толерантности к глюкозе, артериальной гипертензии, нарушений холестерина обмена или сочетания этих заболеваний. Из всего числа бариатрических операций в 152 (15 %) случаях было произведено бандажирование желудка. С 2022 года эта операция в центре не производится. Гастропликаций произведено 19 (1,8 %), рукавных резекций желудка – 359 (35,6 %), гастрошунтированных на Ру-петле – 30 (3 %), минигастрошунтированных – 432 (42,9 %), операций САДИ – 7 (0,7 %), илеошунтированных – 9 (0,9 %). Необходимо отметить, что с 2020 года в клинике более половины производимых ежегодно

операций – это шунтирующие операции (на данный момент более 65 %). Это связано с постепенным увеличением среднего ИМТ пациентов, а также накоплением опыта в бариатрической хирургии. В центре произведено 115 ревизионных бариатрических вмешательств, в том числе 47 – по причине частичного возврата веса.

Результаты. Общая послеоперационная летальность в данной группе пациентов составила 0,99% (один летальный исход). Общее количество осложнений – 1,8 %, из них несостоятельность линии степлерного шва – 10 случаев (1 %), кровотечения – 8 случаев (0,8 %). В данной группе пациентов мы не наблюдали тромбоэмболических осложнений. Отдаленные результаты в плане потери веса анализировались у оперированных пациентов через 1–2 года после вмешательства. Средний показатель %EWL (процент потери избыточного веса) после бандажирования составил 47 %, после рукавной резекции – 64 %, после гастрощунтирования на короткой (75–180 см) петле – 76 %, гастрощунтирования на длинной (200–250 см) петле – 82 %.

Выводы. Таким образом, эффективность и безопасность современных бариатрических операций позволяют рекомендовать их к широкому применению в клинической практике.

ДИСТАЛЬНОЕ КИШЕЧНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ КАК ВАРИАНТ РЕВИЗИОННОГО БАРИАТРИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

С.С. СТЕБУНОВ, А.А. ГЛИННИК, В.И. ГЕРМАНОВИЧ, О.О. РУММО

Минский НПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии. 220045, Минск, Республика Беларусь

Введение. Актуальность. С широким внедрением в практику бариатрических вмешательств с каждым годом наблюдается рост числа повторных (ревизионных) операций у пациентов с ожирением, что чаще всего связано с возвратом веса. Так, по некоторым данным, после бандажирования желудка рецидив веса бывает в 34 % случаев, после рукавной резекции – 15 %, гастрощунтирования на Ру-петле – 12%, после минигастрощунтирования – 5 %.

Материал и методы. Мы имеем опыт выполнения 1008 бариатрических лапароскопических вмешательств. Повторные бариатрические операции по причине частичного возврата веса были проведены 47 пациентам, что составило 4,7 %. Средний возраст на момент операции составил 45,2±5,6 года, из них женщин было 87 %. Средний ИМТ перед ревизией составил 41,4±5,4 кг/м². Среднее время с момента первичной операции до ревизии составило 42,2±12,5 мес. Наибольшее число ревизий наблюдалось после рестриктивных операций – 8,3 %. После бандажирования желудка – 11 %, после гастропластики – 16 %, после рукавной резекции желудка – 6,7 %. Наименьшее количество ревизионных операций мы наблюдали после гастрощунтирования – 1,6 %. Особое место, по нашим данным, около 1 %, занимают пациенты, которым в связи с увеличением веса, выполнялось несколько повторных операций. Это так называемые «резистентные» к хирургическому лечению лица, у которых даже шунтирующие операции имели только временный эффект.

Результаты. Клинический пример. Пациентка Ш., 28 лет. В 2015 году установлен бандаж при весе 109 кг (ИМТ 42,6) – похудела до 57 кг, затем частичный возврат веса до 89 кг; удаление бандажа и СЛИВ-резекция в 2017 году – вес снизился до 60 кг, затем частичный возврат веса до 95 кг; в 2022 году минигастрощунтирование с петлей 200 см – похудела до 80 кг, затем частичный возврат веса до 95 кг; 2023 год – дистальное кишечное шунтирование с общей петлей 200 см. В настоящее время вес 72 кг, продолжает худеть. При ревизии общая длина тонкого кишечника – 850 см. В настоящее время мы наблюдаем 10 пациентов с аналогичной историей, которым произведено несколько повторных вмешательств. Длина тонкой кишки у них составляла не менее 750–850 см, всем им было произведено дистальное кишечное шунтирование с отсечением приводящей петли и переносом анастомоза на расстояние 200–250 см от илеоцекального угла (общая петля). Максимальный срок наблюдения – 4 года.

Выводы. Таким образом, дистальное кишечное шунтирование можно рассматривать как эффективный вариант ревизионного бариатрического вмешательства в дополнение к предыдущим этапам хирургического лечения в случае возврата веса. Необходимы дальнейшие исследования в этом направлении. Во время повторных вмешательств целесообразно определение общей длины тонкого кишечника как весьма варибельного показателя у бариатрических пациентов.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РУКАВНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА: СИМПТОМЫ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА МОЖНО УМЕНЬШИТЬ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКЕ?

С.С. СТЕБУНОВ, А.А. ГЛИННИК, В.И. ГЕРМАНОВИЧ, Г.А. ЖУРБЕНКО

Минский НПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии. 220045, Минск, Республика Беларусь

Введение. Актуальность. Во многих странах рукавная резекция желудка по-прежнему является самой распространенной бариатрической процедурой. Особую проблему составляет наличие симптомов рефлюксной болезни у пациентов после рукавной резекции желудка (от 2 до 36 %). Поэтому мы разработали ряд антирефлюксных операций в сочетании с рукавной резекцией.

Материал и методы. В настоящее время мы располагаем опытом выполнения различных антирефлюксных процедур у 178 пациентов (58 мужчин и 120 женщин, средний возраст – 49,8 года). Всем пациентам для диагностики заболевания перед операцией производим рутинные методы обследования для выявления ГЭРБ.

Результаты. В группе оперированных пациентов с ожирением, симптомы рефлюксной болезни были нами выявлены в 76 случаях. 18 пациентам с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы 3 ст. изначально было рекомендовано выполнение гастрошунтирования. В остальных случаях у 58 пациентов, перенесших рукавную резекцию желудка, применялись различные виды антирефлюксных процедур. У 14 пациентов выявлена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы 1–2 степени, у 18 пациентов причинами рефлюкс-эзофагита была недостаточность кардии, выявленная на ФГДС. В остальных случаях рефлюксная болезнь не была связана с какими-то анатомическими изменениями в кардиоэзофагеальной зоне. В 16 случаях выполнен «клапанный» Sleeve, фундопликация по Ниссену в сочетании с рукавной резекцией желудка – 2, изолированная передняя или задняя круорофия – 12, передняя круорофия в сочетании с частичной фундопликацией по Дору – 5, фундопликация по Дору без вмешательства на ножках диафрагмы – 16, фундопликация по Тоупе с задней круорофией – 7. По данным опросника, отличные и хорошие результаты наблюдались через 6 месяцев у 91 %, через 3 года – у 92 %, удовлетворительные соответственно у 7,3 % и 6,3 %, неудовлетворительные у 2,1 % и 1,5 %.

Выводы. Таким образом, лапароскопические антирефлюксные операции в сочетании с рукавной резекцией желудка имеют хорошие и удовлетворительные долгосрочные результаты у 98 % пациентов с ГЭРБ. У пациентов с ожирением во время рукавной резекции желудка, необходимо производить антирефлюксные процедуры, вид которых зависит от выраженности ГЭРБ. Наличие, по данным предоперационного обследования, диафрагмальной грыжи 3 ст. является относительным противопоказанием для выполнения рукавной резекции желудка.

РЕВИЗИОННАЯ БАРИАТРИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ: КАК СНИЗИТЬ КОЛИЧЕСТВО ОШИБОК?

С.С. СТЕБУНОВ, А.А. ГЛИННИК, В.И. ГЕРМАНОВИЧ, О.О. РУММО

Минский НПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии. 220045, Минск, Республика Беларусь

Введение. Актуальность. С широким внедрением в практику многих хирургических центров бариатрических вмешательств, наблюдается и рост числа повторных (ревизионных) операций у пациентов с ожирением. Количество повторных бариатрических операций увеличивает с каждым годом. Так, Gagner et al. подсчитали, что до 25 % пациентов подвергались дополнительным процедурам после первичной бариатрической операции, а пациентам после рестриктивных операций повторные вмешательства проводятся примерно в 50 % случаев. Одной из причин такого положения является не совсем правильный выбор первичной бариатрической процедуры, а также нарушения пищевого поведения пациентами в послеоперационном периоде. В связи с этим актуальным является анализ ревизионных вмешательств и разработка рекомендаций по уменьшению числа рецидивов ожирения.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов 1008 бариатрических лапароскопических вмешательств, проведенных одной хирургической бригадой. Повторные бариатрические операции по причине частичного возврата веса были проведены у 47 пациентов, что составило 4,7 %. Средний возраст на момент операции составил $45,2 \pm 5,6$ года, из них женщин было 87 %. Средний ИМТ перед ревизией составил $41,4 \pm 5,4$ кг/м². Средний период от первичной операции до ревизии – $42,2 \pm 12,5$ мес.

Результаты. Наибольшее число ревизий наблюдалось после рестриктивных операций – 8,3 %, в том числе: после бандажирования желудка – 11 %, после гастропластики – 16 %, после рукавной резекции желудка – 6,7 %. Наименьшее количество ревизионных операций мы наблюдали после гастропластики – 1,6 %. При более глубоком анализе путем анкетирования выявлено, что подавляющее большинство пациентов в этих группах страдало нарушением пищевого поведения (сладкоежки). У 10 пациентов (1 %) повторные вмешательства также со временем привели к повторному частичному возврату веса. У 8 из них (80 %) по различным причинам вариантом повторного вмешательства после рестриктивной операции вновь явилась рестриктивная (например, рукавная резекция после удаления бандажа). Окончательным вариантом у них стали шунтирующие операции с положительным эффектом.

Выводы. Рестриктивные бариатрические операции имеют более высокий риск рецидива ожирения, что в большинстве случаев требует проведения ревизионных вмешательств, при этом лучшим вариантом выбора является шунтирующая операция. При выборе первичной бариатрической процедуры необходимо опираться не только на ИМТ, возраст и наличие выраженности метаболического синдрома, но также на нарушения пищевого поведения, в том числе учитывать пристрастие к сладкой и высококалорийной пище.

НАША ТАКТИКА И ТЕХНИКА ПРИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ В БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

**В.В. ФЕДЕНКО, В.В. ЕВДОШЕНКО, Н.С. БОРДАН, Л.Н. МАЗИКИНА, М. АВАЛА, М.И. ГАЛИЙ,
Р.Э. САФИУЛАЕВ**

Институт пластической хирургии и косметологии, «Фрау-Клиник», ЦКБ № 6 РЖД. 109388, Москва, Россия

Введение. Несостоятельность швов в бариатрической хирургии является часто встречающимся грозным осложнением, которое в итоге может приводить либо к длительному лечению, либо к летальности. По мере роста вовлеченности в бариатрию все большего числа общих хирургов эта проблема станет масштабнее. В настоящее время не существует общепринятой тактики лечения этого осложнения.

Цель. Выбор эффективной тактики лечения этих пациентов.

Материалы и методы. В данную презентацию вошли пациенты, оперированные нами в пятилетний период с 2018 по 2023 годы, которым выполнялось желудочное шунтирование или рукавная резекция желудка в качестве первичной операции. Среди пациентов данной выборки мы использовали следующий тактический подход:

1. Тщательное наблюдение за пациентом в течение первых 5-ти дней. Иногородные пациенты в этот период находятся в Москве, не уезжают домой.
2. Пациенты проводят ежедневный четырехкратный автомониторинг в отношении болевого синдрома, температуры и частоты пульса. При наличии любых подозрений на развитие несостоятельности выполняется рентгеноскопия с жидким контрастом per os, и/или КТ брюшной полости и грудной клетки с пероральным контрастированием, полный отказ от УЗИ как дезориентирующего метода.
3. При наличии явной клиники несостоятельности либо при наличии рентгенологических данных пациента немедленно брали на релапароскопию.
4. Выполнялось ушивание несостоятельности двухрядным швом 5/0 PDS или биосином. В том случае, если проблема развивалась у пациента после желудочного шунтирования, зона ушитой несостоятельности могла дополнительно герметизироваться фиксацией передней стенки отключенного большого желудка. Операция завершалась санацией и дренированием брюшной полости.

Результаты. Всего за пятилетний период 2018–2023 годы мы выполнили около 4000 первичных бариатрических операций, у 14 пациентов развилась несостоятельность скрепочного шва. Наиболее часто несостоятельность имела место в верхней части скрепочного шва со стороны «малого желудка», как после рукавной резекции, так и после желудочного шунтирования. Гораздо реже несостоятельность выявлялась в других отделах желудочной трубки, и никогда - в области анастомоза. Из 14 ушитых несостоятельств 13 зажили «первичным натяжением». Назогастральное дренирование не использовалось. Дренажи были удалены на 3–5 сутки, пациенты выписаны домой без дренажей. Перед выпиской всем пациентам выполнялась контрольная КТ с пероральным контрастированием.

Заключение. Выработанный нами тактический подход к лечению пациентов с несостоятельностью является эффективным и позволяет добиться решения проблемы путем однократной релапароскопии в 92 % случаев.

УДАЛЕНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ЧЕРЕЗ ЖЕЛУДОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЖЕЛУДОЧНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

В.В. ФЕДЕНКО, В.В. ЕВДОШЕНКО, Н.С. БОРДАН, М. АВАЛА, М.И. ГАЛИЙ., Р.Э. САФИУЛАЕВ

Институт пластической хирургии и косметологии, «Фрау-Клиник», ЦКБ № 6 РЖД. 109388, Москва, Россия

Введение. Как известно, бариатрические операции довольно часто сочетаются с необходимостью выполнения холецистэктомии при наличии сопутствующей желчнокаменной болезни. Удаление желчного пузыря из брюшной полости при этом может быть довольно сложной задачей, требующей дополнительного времени, дополнительной релаксации, расширения кожного разреза, растягивания троакарного прокола брюшной стенки с необходимостью его последующего ушивания, а также усиленным болевым синдромом в послеоперационном периоде, а подчас и локальными гнойными осложнениями в зоне этих дополнительных манипуляций

Цель. Разработка технического приема, облегчающего удаление желчного пузыря из брюшной полости

Методы. Нами разработана техника извлечения желчного пузыря у пациентов, которым выполняется лапароскопическое желудочное шунтирование. Мы предлагаем извлекать желчный пузырь через «малый желудок» на этапе, непосредственно предшествующем наложению анастомоза. Для этого желчный пузырь пунктируется толстой иглой на этапе холецистэктомии, и его содержимое максимально аспирируется. С одной стороны, это предотвращает загрязнение операционного поля желчью при случайном повреждении стенки в ходе холецистэктомии, а с другой – позволяет визуально оценить объем имеющихся конкрементов для определения возможности экстракции пузыря через желудочную трубку. После завершения холецистэктомии пузырь временно помещается в контейнер до выполнения этапа его экстракции.

Далее выполняется желудочное шунтирование до этапа вскрытия дистального конца желудочной трубки (rouch). На этом этапе желчный пузырь подводится к открытому отверстию желудочной трубки и визуально оценивается возможность его прохождения через желудочную трубку. Если принято решение о выполнении данного действия, шейка желчного пузыря пришивается одним прочным швом к желудочному зонду и анестезиолог извлекает пузырь через рот. После этого зонд заново устанавливается для последующих действий. Если на основании визуальной оценки становится ясной невозможность экстракции пузыря через рот (из-за слишком большого объема конкрементов), то ЖП удаляется в конце операции обычным путем через переднюю брюшную стенку.

Результаты. Данная методика использована нами у 43 пациентов обоего пола. При этом ЖП удалось извлечь через рот у 20 пациентов. В 5 случаях попытка экстракции была неудачной, желчный пузырь не проходил через дистальное отверстие желудочной трубки. Такая ситуация наблюдалась в начале использования методики; в настоящее время накопленный визуальный опыт позволяет нам уверенно прогнозировать возможность пероральной экстракции. Извлечение желчного пузыря в этом случае проходит быстро и без усилий. Подшивание желчного пузыря к желудочному зонду занимает 3–5 минут, а его извлечение анестезиологом занимает 10–15 секунд.

Предлагаемая техника не дала ни одного осложнения.

Заключение. Предлагаемая техника пероральной экстракции желчного пузыря в ходе лапароскопического желудочного шунтирования возможна приблизительно в 45 % случаев сочетания шунтирования и холецистэктомии, является безопасной и снижает операционное время на 20 минут.

СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ КУЛЬТИ ЖЕЛУДКА ПРИ ГАСТРОШУНТИРОВАНИИ ПО РУ. ICG-АНГИОГРАФИЯ

А.Г. ХИТАРЬЯН, Д.А. МЕЛЬНИКОВ, А.В. МЕЖУНЦ, К.С. ВЕЛИЕВ

ЧУЗ «Клиническая Больница «РЖД-Медицина». 344011, Ростов-на-Дону, Россия

Введение. Актуальность. Гастрошунтирование с межкишечным анастомозом по Ру является «золотым стандартом» в бариатрической хирургии и лечении метаболических расстройств, связанных с ожирением. Во всём мире данный вид вмешательства находится на втором месте по количеству выполнений, что подтверждает актуальность изучения и развития данной темы.

Материалы и методы. Нами был разработан, запатентован и внедрён в практику «Способ формирования культи желудка при гастрошунтировании по Ру» – двухкассетная методика, которая позволяет сформировать культю желудка заранее известного объёма и минимизировать количество «неудовлетворительных результатов» операции, а именно, недостаточную потерю массы тела или рецидивы ожирения в отдалённом послеоперационном периоде.

Результаты. Исследование объёма культи желудка, проводимое с помощью 3D КТ-волюмометрии, имеет явные преимущества и даёт наиболее точные результаты, в сравнении с эндоскопическими и рентгенологическими способами.

Формирование культи желудка минимального объёма (<40 мл) требует более внимательного отношения к его кровоснабжению во избежание осложнений в раннем и отдалённом операционном периоде, таких как несостоятельность линии степлерного шва и гастроэнтероанастомоза, атрофический гастрит культи желудка, язвы области ГЭА и т.д.

Выводы. Одним из современных методов оценки перфузии и ангиоархитектоники является интраоперационная ICG-ангиография, которая используется во многих разделах хирургии, в том числе, в онкологии, трансплантологии, и позволяет выявить неблагоприятные типы кровоснабжения желудка, включая различные варианты ангиоархитектоники задней желудочной артерии и влияние их на перфузию культи.

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БИЛИАРНОГО РЕФЛЮКСА В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО МИНИГАСТРОШУНТИРОВАНИЯ

А.А. ЧАЙКИН, Д.А. ЧАЙКИН, А.Н. ЧАЙКИН, Ю.С. ВИННИК, А.В. ИЛЬИНОВ, В.А. БАХШЯН, Д.С. ВЛАСЕНКО

*Частное учреждение здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-Медицина»
ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России. 660058, Красноярск, Россия*

Введение. Актуальность. Предпочтительный способ формирования гастроэюноанастомоза при выполнении лапароскопического минигастрошунтирования (MGB-OAGB) остается предметом дискуссии.

Цель исследования: оценить частоту клинических проявлений билиарного рефлюкса в отдаленном периоде после MGB-OAGB с ручной и аппаратной техникой наложения гастроэюноанастомоза.

Материалы и методы. Критериями включения в ретроспективное исследование являлись лапароскопическое МГШ по поводу морбидного ожирения II–III степени, срок выполнения операции с 1 сентября 2021 по 31 августа 2022 года. Критериями невключения считали ИМТ более 50, гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь, бариатрические вмешательства, предшествующие MGB-OAGB, симультанные операции. Критерием исключения являлся отказ пациентов от участия в исследовании. Для анкетирования использован опросник Keighley M.R.B. и соавт. Проанализированы анкеты 50 пациентов, в том числе 28 – с аппаратным гастроэнтероанастомозом (первая группа) и 22 – с ручным (вторая группа).

Результаты. Наиболее распространенными клиническими проявлениями билиарного рефлюкса у пациентов второй группы явились ощущение переполнения вверху живота и непереносимость жирной пищи, в первой – непереносимость жирной пищи и горечь во рту, причем частота манифестации последнего признака в группах значимо отличалась (64,3 % и 31, 8% в первой и второй группах, соответственно, $p=0,045$). Одновременное присутствие трех и более симптомов билиарного рефлюкса имело место у 9 пациентов первой группы (34,6 % от числа респондентов с ненулевым индексом) и лишь у трех (16,7 %) – во второй ($p=0,303$). Абсолютные значения суммарной оценки выраженности клинических проявлений билиарного рефлюкса по опроснику Keighley в первой группе (7 (3; 10) баллов) значимо превышали аналогичный показатель второй группы (3 (1; 5) баллов, $p=0,038$).

Выводы. Ручной способ формирования гастроэюноанастомоза по сравнению с аппаратным сопровождается значимо меньшей частотой и интенсивностью клинических проявлений билиарного рефлюкса в сроки от 6 до 18 месяцев после MGB-OAGB.

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО МИНИГАСТРОШУНТИРОВАНИЯ

А.А. ЧАЙКИН, Д.А. ЧАЙКИН, А.Н. ЧАЙКИН, Ю.С. ВИННИК, А.В. ИЛЬИНОВ, А.Е. БАУЭР, Ю.Г. БУРАЯ

*Частное учреждение здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-Медицина»
ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России. 660058, Красноярск, Россия*

Введение. Актуальность. Ожирение является значимым независимым фактором риска развития гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) не только в результате увеличения внутрибрюшного давления, формирования грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, но и вследствие локального повышения продукции провоспалительных цитокинов жировой тканью пищеводно-желудочного перехода с нарушением барьерной функции слизистой пищевода.

Цель исследования: оценка частоты клинических проявлений ГЭРБ у пациентов, перенесших лапароскопическое минигастрошунтирование (MGB-OAGB) по поводу морбидного ожирения II–III степени.

Материалы и методы. В сроки 6–18 месяцев после операций опросник GerdQ использован при анкетировании 31 пациента первой группы, перенесших MGB-OAGB, и 14 пациентов второй группы, перенесших MGB-OAGB и заднюю крурорафию по поводу грыж пищеводного отверстия диафрагмы I типа. Техника задней крурорафии предусматривала использование отдельных Z-образных узловых швов нерассасывающимся материалом. Группы были сопоставимы по полу, возрасту и индексу массы тела пациентов, но отличались исходной частотой инструментально верифицированной ГЭРБ, которая составила 12,9 и 78,6 % в первой и второй группах, соответственно ($p < 0,001$, согласно точному критерию Фишера).

Результаты. В отдаленные сроки после операции клинические проявления ГЭРБ (индекс GerdQ 8 и более баллов) имели место у 7 пациентов (22,6 %) первой группы. При этом у одного пациента сохранялись симптомы дооперационно диагностированного заболевания, у шести (19,4 %) симптомы манифестировали впервые. Во второй группе спустя 6–18 месяцев после выполнения задней крурорафии в сочетании с MGB-OAGB симптомы ГЭРБ присутствовали у 5 пациентов (35,7 %), в т. ч. у одной пациентки выявлены *de novo*.

Выводы. Значимая доля пациентов, имеющих клинические проявления ГЭРБ в отдаленные сроки после MGB-OAGB, в т. ч. в сочетании с симулированной задней крурорафией, определяет актуальность дальнейшей разработки дифференцированного подхода к лечению и профилактике ГЭРБ на фоне морбидного ожирения.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Е. Д. ЧЕТВЕРКИНА, Е.Р. ИСАЕВА, Д.И. ВАСИЛЕВСКИЙ, С.Г. БАЛАНДОВ, К.А. АНИСИМОВА, З.М. ХАМИД, В.А. СИЛИНА

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Актуальность. Ожирение оказывает неблагоприятное влияние на многие органы и системы организма человека, заметно ухудшает качество жизни, что сказывается на психологическом здоровье. С высокой распространенностью упоминаются стигматизация, дискриминация, связанные с избыточным весом, неудовлетворенность образом своего тела, повышенная тревожность, связанная с ограничением физической активности, что подчеркивает актуальность выбранной для исследования темы.

Цель исследования. Проанализировать психологические характеристики пациентов с морбидным ожирением.

Материалы и методы. Было обследовано 30 пациентов с диагнозом «морбидное ожирение» в период пребывания в стационаре. Использовались следующие методики: голландский опросник пищевого поведения (англ. Dutch Eating Behavior Questionnaire, сокр. DEBQ); «краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36, англ. SF-36 Health Status Survey); госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS); опросник «Уровень комплаентности» для людей, страдающих хроническими заболеваниями; пятифакторный опросник личности; диагностика типов отношения к болезни (ТОБОЛ).

Результаты. Уровень тревоги и депрессии у пациентов с морбидным ожирением находятся в пределах нормативных значений (уровень тревоги $5,72 \pm 2,19$; уровень депрессии $5,36 \pm 1,85$).

По результатам Пятифакторного опросника личности, у пациентов с морбидным ожирением преобладают такие особенности личности, как экстраверсия, которая способна проявляться в оптимистичном настрое, беззаботности, общительности человека ($54,8 \pm 7,22$). Установлен преобладающий тип пищевого поведения – экстернальный ($3,13 \pm 0,84$), т.е. большинство пациентов склонны к неконтрольному приему пищи, при котором желание поесть стимулирует не реальное чувство голода, а внешний вид еды, ее запах, текстура либо вид других людей, принимающих пищу.

По результатам оценки качества жизни при помощи опросника SF-36 наиболее значимое снижение качества жизни у пациентов с морбидным ожирением отмечалось по шкалам общее физическое благополучие (PH) ($43,45 \pm 9,58$), общее психическое благополучие (MH) (средние показатели $47,14 \pm 7,26$), а также, показателя жизненной активности (VT) (среднее значение $50,5 \pm 24,54$). Полученные данные могут свидетельствовать о трудностях, связанных с физической активностью, и физическими ограничениями, которые доставляет человеку избыточный вес. При этом, установлено, что вес не оказывает значительного воздействия на социальную жизнь пациента.

Преобладающий тип отношения к болезни у пациентов с морбидным ожирением – эргопатический (у 40 % пациентов), при котором наблюдается тенденция «Ухода от болезни в работу». Также, с равными показателями был выявлен аногнозический тип отношения к болезни (у 40 % пациентов). Пациентам с данным типом характерно отбрасывание мыслей о болезни и ее возможных последствиях, несерьезное отношение к собственному заболеванию.

С меньшей частотой встречаемости был выявлен сенситивный тип, при котором пациентам характерна чрезмерная ранимость, уязвимость, озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни (у 20 % пациентов).

Исследование комплаентности показало то, что преобладающими видами комплаентности являются социальная ($29 \pm 4,21$) и поведенческая комплаентность ($29 \pm 4,6$), т.е. в большей степени болезнь воспринимается как препятствие, в связи с этим, возникает направленность на преодоление данного препятствия совместно с врачами, вследствие чего предписания и назначения врача пациенты склонны соблюдать, однако, присутствует компонент ситуативного поведения, при котором назначения могут соблюдаться не до конца, за счет сомнений в необходимости и точности предписаний. Уровень приверженности к лечению может зависеть от мотивации и личной выгоды пациента.

Выводы. 1. Показатели тревоги и депрессии у большинства пациентов с морбидным ожирением были в пределах нормативных значений.

2. Более детальное изучение личностного профиля пациентов с морбидным ожирением выявило преобладание экстравертированных черт личности.
3. По показателям Голландского опросника пищевого поведения среди выборки преобладает экстернальное пищевое поведение, пациенты склонны к неконтролируемому приему пищи, желание поесть стимулирует внешний вид еды, а не чувство голода.
4. Оценка качества жизни пациентов с морбидным ожирением указывает на снижение уровня физической и жизненной активности, что неблагоприятно сказывается на общем психическом здоровье, ввиду ограничений, доставляемых лишним весом, которые связаны с физической нагрузкой.
5. Среди выявленных типов отношения к болезни наиболее часто встречающимися оказались такие типы, как эргодатический, при котором наблюдается тенденция «Ухода от болезни в работу», а также, анозогнозический тип, при котором пациентам характерно отбрасывание мыслей о болезни и ее недооценивание.
6. Общие средние показатели уровня комплаентности по группе соответствуют высокому уровню. Преобладающими видами являются социальная и поведенческая комплаентность.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ УДАЛЕНИЕ АДЕНОМЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ГАСТРОШУНТИРОВАНИЯ НА КОРОТКОЙ ПЕТЛЕ

К.В. ШИШИН, И.Ю. НЕДОЛУЖКО, И.А. ПАВЛОВ, В.В. ФЕДЕНКО, Н.С. БОРДАН

ГБУЗ Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова ДЗМ. 111123, Москва, Россия

Введение. Актуальность. Желудочное шунтирование в настоящее время является одной из самых распространенных бариатрических операций. Модифицированный вариант шунтирования с одним анастомозом на короткой петле (В.В. Евдошенко, В.В. Феденко, Н.С. Бордан) обладает большой эффективностью в сочетании с высоким уровнем безопасности. Наличие короткой петли сохраняет возможность эндоскопического доступа к начальному отделу тощей кишки, двенадцатиперстной кишке, привратнику и отключенной части желудка и проведение эндоскопических транспиллорных вмешательств и удаление эпителиальных новообразований традиционными эндоскопами.

Материалы и методы. Мы представляем клиническое наблюдение эндоскопического удаления крупной опухоли бульбодуоденального перехода. Пациентка А., 63 лет была оперирована по поводу морбидного ожирения в июне 2022 года. Выполнено желудочное шунтирование на короткой петле с хорошим клиническим эффектом. Предоперационное обследование включало эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта, при котором существенных изменений не было выявлено.

При контрольном обследовании через полгода выполнено эндоскопическое исследование, при котором произведен осмотр приводящей петли и дистального отдела отключенной части желудка. В проксимальных отделах двенадцатиперстной кишки чуть ниже уровня бульбодуоденального перехода по латеральной стенке определяется белесоватого цвета плоское эпителиальное новообразование 0-IIa типа размерами 25x10 мм, продольно ориентированное, подвижное. Ворсинчатый рисунок нерегулярный: на фоне сохраненного ворсинчатого эпителия в центральной части новообразования определяется округлый участок, лишенный ворсинок с наличием уменьшенного рисунка ямочного эпителия, однако с сохранением регулярного строения. Признаков злокачественного роста нет.

Принято решение о возможности эндоскопического удаления новообразования. После инъекции в подслизистый слой получен хороший лифтинг. Новообразование удалено фрагментами полностью. Кровотечения нет. Резецированные фрагменты извлечены при помощи сачка. Дефект слизистой оболочки на ¼ просвета кишки сведен 2 клипсами с целью профилактики кровотечения. Послеоперационный период протекал гладко. Больная выписана на следующий день. Гистологическое исследование показало наличие тубуло-ворсинчатой аденомы с дисплазией low-grade.

Выводы. Клиническое наблюдение показывает возможность эндоскопического удаления достаточно редкой эпителиальной опухоли двенадцатиперстной кишки после гастрощунтирования на короткой петле.

ГИБРИДНЫЕ ОПЕРАЦИИ В МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

В.А. ЮДИН, В.В. ИВАНОВ, Н.С. КОСТИНА, С.О. АРТЮХИН, О.В. ЗАЙЦЕВ

ГБУ РО «Областная клиническая больница». 390039, Рязань, Россия

Введение. Проблемы послеоперационного нарушения динамики снижения веса, обусловленные техническими или этическими запросами пациента, требуют повторных реконструкций ЖКТ.

Цель. Оценка изменений динамики и качества регуляции массы тела пациентов с применением повторных операций после бандажирования желудка (БЖ).

Материал. Оперированы пять пациентов с ранее выполненными операциями БЖ. Им произведено одномоментное удаление ранее установленных бандажей с выполнением продольной резекции желудка (ПРЖ). Срок наблюдения составил от 1 до 3 лет. Все пациенты – лица женского пола в возрасте от 21 до 40 лет. Операции производились в основном спустя 3–5 лет после установки бандажа (у двух больных зарубежного и у трех – отечественного производства). В течение первого года после БЖ у них отмечалась положительная динамика снижения веса. В дальнейшем у всех больных отмечался дискомфорт в эпигастрии, что требовало систематического регулирования просвета манжеты. В целом потеря массы тела у них составляла от 20 до 30 кг. Снижения углеводной зависимости было отмечено у двух пациентов. Мотивацией к удалению бандажа и конверсии в ПРЖ у двух больных были трудности регуляровок и калибровки просвета и у трех – неудовлетворенность в снижении массы тела.

Результаты. Всем больным было произведено лапароскопическое удаление ранее установленных бандажей и выполнение ПРЖ. Технических трудностей в удалении бандажа не отмечено. В обязательном порядке рассекалась фиброзная муфта. При выполнении скелетирования

большой кривизны желудка отмечались технические сложности в выделении коротких ветвей желудочно-селезеночных артерий. Общий объем кровопотери не превышал 50–100 мл. Скрепочная линия на желудке укреплялась применением степлера, только в зоне кровоточивости линии шва. Калибровочный зонд желудка 36 Fr. Все больные выписаны на 3 сутки после операции в удовлетворительном состоянии. У всех больных достигнут положительная динамика снижения массы тела.

Выводы. Применение гибридных операций в метаболической хирургии оправдано и не представляет угрозы развития ранних послеоперационных осложнений.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ГРЫЖЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ

А.В. ЮРИЙ, Д.И. УМАРОВ

ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ». 115446, Москва, Россия

Введение. Ведение пациентов с морбидным ожирением и сопутствующей вентральной грыжей является серьезной проблемой для хирургов. Существуют разногласия по поводу оптимальной стратегии решения обеих проблем, требующей индивидуального подхода. Пациенты с ожирением имеют более высокую частоту рецидивов после пластики грыжи, и бариатрическая операция при наличии вентральной грыжи может быть затруднена. Более того, существует большая вероятность того, что после завершения процесса похудения потребуются пластическая операция, и на этом этапе возможна герниопластика.

За последние десятилетия заболеваемость ожирением возросла, и бариатрические хирурги должны быть готовы к тому, что в их практике будет все большее число пациентов с ожирением и вентральными грыжами. На сегодняшний день нет однозначного ответа о выборе тактики введения таких пациентов.

Цель. Разработка алгоритма введения и хирургической тактики у пациентов, страдающих морбидным ожирением в сочетании с вентральной грыжей.

Материалы и методы. Данное проспективное за период с ноября 2022 года по июль 2023 года в нашей хирургической клинике ГКБ им С.С. Юдина исследование включало результаты лечения 14 пациентов с сочетаниями вентральной грыжи и ожирения. Критериями включения в исследование являлись:

- ИМТ >35 кг/м²
- Наличие грыжевого дефекта
- Бессимптомный характер грыжи
- Операционно-анестезиологический риск позволяющий выполнить лапароскопическую операцию.

Критериями исключения являлись:

- Симптомный характер грыжи
- Соматическая патология, не позволяющая выполнить лапароскопическую операцию

Пациентам на госпитальном этапе проводилась компьютерная томография для оценки диаметра грыжевых ворот, объема брюшной полости и содержимого грыжевого мешка. В зависимости от размера грыжевого дефекта пациентов распределяли по следующим группам:

- Пациенты с благоприятной грыжей с диаметром грыжевого дефекта <8 см, которые в свою очередь разделялись на две подгруппы:
 - С благоприятным ожирением (ПЖК <4 см, геноидное ожирение, ИМТ <50 кг/м²), которым выполнялись IPOM/eTEP/TAPP герниопластики.
 - С неблагоприятным ожирением (ПЖК >4 см, андронидный тип ожирение, ИМТ >50 кг/м²). Пациентам оперативное лечение разделялось на два этапа: первым этапом выполнялась бариатрическая операция, вторым этапом пластика грыжевого дефекта.
- Пациенты с неблагоприятной грыжей с диаметром грыжевого дефекта более 8 см, данная группа включала две аналогичные подгруппы:
 - С благоприятным ожирением, которым выполнялась тотальная реконструкция передней брюшной стенки.
 - С неблагоприятным ожирением пациентам оперативное лечение разделялось на два этапа первым этапом выполнялась бариатрическая операция, вторым этапом пластика грыжевого дефекта.

Результаты. Проспективный анализ с использованием предложенной нами стратегии позволил определить тактику введения пациентов с морбидным ожирением с сочетанием вентральной грыжи. Медиана по возрасту составляла 47 лет, минимальный 28 лет, самый возрастной пациент был 62 лет. Женщины составляли 10 (71 %), мужчины 4(29 %) с индексом массы тела от 38 до 58 кг/м². По данным КТ передней брюшной стенки мы получили следующие данные: благоприятная грыжа (диаметр грыжевого дефекта <8 см) диагностирована в 8 % случаях, неблагоприятная грыжа (диаметр грыжевого дефекта >8 см) в 6 % случаях. Проведение предоперационного обследования в объеме КТ ОБП позволило выявить у 8 пациентов благоприятную грыжу. Этим пациентам одномоментно была выполнена продольная резекция желудка (Sleeve gastrectomy) в сочетании с герниопластикой различной модификации (eTEP RS/TAPP/IPOM+). Так же на хирургическую тактику повлияло распределение пациентов на подгруппы с определением характера ожирения на благоприятное и неблагоприятное. Хирургический доступ представлен стандартной расстановкой троакаров для бариатрической операции с последующей установкой дополнительных троакаров для выполнения герниопластики. Продолжительность операции составляла 120–180 минут. Объем интраоперационной кровопотери не превышал 50–100 мл. Пациентам с неблагоприятной вентральной грыжей с размерами дефекта больше 8 см было рекомендовано выполнения бариатрической операции первым этап с последующей реконструкцией передней брюшной стенки после снижения веса.

Выводы. Всем пациентам с сочетанием морбидного ожирения и вентральной грыжи рекомендуется выполнять КТ ОБП с целью распределения их на группы и подгруппы с дальнейшим определением хирургической тактики по предложенному нами алгоритму введения данной категории больных.