

УДК 616-056.52-089

А.С. Лаврик, О.С. Тивончук

ВЛАСНИЙ ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ МОРБІДНОГО ОЖИРІННЯ*Національний інститут хірургії і трансплантології ім. О.О.Шалімова НАМН України, Київ*

Узагальнено досвід виконання бариатричних операцій з 1983 року по 2010 рік. Проведений порівняльний аналіз ранніх та віддалених результатів бандажування шлунка, шунтування шлунка, білопанкреатичного шунтування, єюноілеошунтування, повздожньої резекції шлунка.

Ключові слова: бандажування шлунка, шунтування шлунка, білопанкреатичне шунтування, єюноілеошунтування, повздожжня резекція шлунка, бариатричні операції.

Бариатрична хірургія – єдиний ефективний метод лікування морбідного ожиріння. Кількість застосування бариатричних операцій в розвинутих країнах щорічно зростає, і з 1998 року по 2008 рік збільшилась в 8,6 разів. За минулі п'ять десятиріч було запропоновано більш ніж 64 способи бариатричних втручань, серед них лише чотири бариатричні операції залишились найбільш розповсюдженими для практичного застосування. На сучасному етапі розвитку спостерігається наступний розподіл: частка використання шунтування шлунка (ШШ) склала приблизно 65%, бандажування шлунка (БШ) – 25%, повздожньої резекції шлунка – 5%, різних модифікацій білопанкреатичного шунтування/виключення дванадцятипалої кишки (БПШ-ВД) – 5%. Метою роботи стало узагальнення 28 річного досвіду роботи в бариатричній хірургії та порівняльний аналіз результатів різних бариатричних операцій у віддаленні строки.

Матеріал та методи

У Національному інституту хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України з 1983 року по 2010 рік на оперативному лікуванні знаходилось 618 хворих на морбідне ожиріння. Цим хворим було виконані наступні операції: єюноілеошунтування (ЄШ) – 64 хворим; вертикальна бандажована гастропластика (ВБГ) – 3; бандажування шлунка (БШ) – 334; шунтування шлунка (ШШ) – 47; білопанкреатичне шунтування/дуоденальне виключення (БПШ/ВД) – 22; повздожжня резекція шлунка (ПР) – 11; повторні реконструктивні операції – 44, імплантацію ВІВ – 93 пацієнтам. ЄШ застосовували лише до 1992 року. Абдомінопластику, як правило, виконували у віддаленні строки після бариатричної операції в період стабілізації маси тіла. Маса тіла хворих,

становила 112-290 кг, індекс маси тіла (ІМТ) – 38-82 кг/м², вік – 17-65 років.

Результати та обговорення

З терміном спостереження 5 і більше років обстежено 412 хворих (66,7%) і серед них в 341 (82,7%) відмічено втрату надлишку маси тіла (ВНМТ) $\geq 50\%$. Летальність – 4 (0,6%) хворих: 1 хворий після ЄШ; 1 пацієнтка після БШ, 1 хворий після ШШ по Griffen; 1 хвора після реконструктивного БПШ-ВД.

Максимальна ВНМТ хворих спостерігалась через 24-36 міс. Через 24 місяці ВНМТ після ЄШ становила $72,6 \pm 10,1\%$; після ШШ – $64,7 \pm 9,3\%$; після БШ – $49,7 \pm 7,1\%$; після БПШ-ВД – $67,9 \pm 12,5\%$, після ПР – $48,7 \pm 5,1\%$.

Спосіб шунтування шлунка, в якому поєднується повне пересічення стінки шлунка, бандажування проксимальної кукси шлунка, позадуободове і позадушлункове положення Ру-петлі, довжина якої становить 100-150 см. та ручне формування гастроентероанастомозу забезпечує 64,1% втрати надлишку маси тіла через 5 років після операції. Застосування способу шунтування шлунка без бандажування кукси з використанням Ру-петлі довжиною 80 см. і менше призводить до суттєвого зменшення в 1,2 рази втрати надлишку маси тіла в зазначені строки після операції. Спосіб бандажування шлунка через pars flaccida за допомогою мініінвазивного доступу дозволяє досягнути 46,7% втрати надлишку маси тіла через 5 років після операції. Втрата надлишку маси тіла після бандажування шлунка суттєво не залежить від застосування керованого або некерованого способу, мінілапаротомного чи лапароскопічного доступу. Лапароскопічне кероване бандажування шлунка дозволяє скоротити термін перебування в стаціонарі в 1,7 рази та зменшити кількість ускладнень

з боку післяопераційної рани в 2 рази. Результати ПР шлунка потребують подальшого вивчення віддалених результатів.

Ранні післяопераційні ускладнення спостерігались у 6,7% хворих після БШ та ПР; в 13,3% пацієнтів після ШШ та БПШ-ВД; в 31,3% хворих після ЄШ. Віддалені післяопераційні ускладнення спостерігались у 15,3% хворих після БШ; в 11,1% пацієнтів після ШШ та БПШ-ВД; в 93,8% хворих після ЄШ. Специфічні бандаж-залежні ускладнення мали місце в 10,5% хворих після БШ, у зв'язку з якими повторно виконано оперативні втручання в 9,7% пацієнтів. Найбільш складним бандаж-залежним ускладненням є пролапс бандажу в порожнину шлунку, що спостерігався в 1,7%, синдром зісковзування – 7,1%, дилатація проксимального резервуару – 1,7%, розрив бандажу – 1,3% хворих. Суттєва надбавка маси тіла після БШ відмічена в 4,4% пацієнтів. Після операції ШШ найбільш часто виникали наступні віддалені ускладнення: пептична виразка – 2,2%, післяопераційна вентральна грижа – 6,7% пацієнтів. Мальабсорбтивні операції БПШ – є найбільш ефективними втручаннями, що помітно нормалізують супутні розлади вуглеводного та ліпідного обміну. В той же час, це найбільш травматичні операції, що супроводжуються більшими рівнем ускладнень і потребують складного пожиттєвого післяопераційного моніторингу та замісної спеціальної терапії.

З а к л ю ч е н н я

Операції бандажування шлунка, шунтування шлунка, єюно-ілеошунтування, біліопанкреатичне шунтування/дуоденальне виключення – ефективні втручання, що забезпечують довготривалу адекватну втрату маси тіла і корекцію дисліпідемії та гіперглікемії. Хоча гастрорестрективні втручання (БШ, ПР) супроводжувались в 1,4 рази меншою втратою надлишку маси тіла та 2 рази менш ефективною корекцією супутніх вуглеводних розладів у відношенні до комбінованих способів (ШШ, БПШ-ДВ). Після шунтування шлунка виникло в 2,4 рази більше ранніх післяопераційних ускладнень, але віддалені післяопераційні ускладнення відмічено в 1,4 рази рідше в порівнянні з операцією бандажування шлунка. Специфічні ускладнення, що призвели до ви-

конання повторного оперативного втручання спостерігалась в 4,7 рази частіше після бандажування шлунка. Незважаючи на високу ефективність, операція ЄШ супроводжується дуже високою частотою ранніх, а особливо віддалених ускладнень і, в зв'язку з цим, не повинна застосовуватись на сучасному етапі як стандартне бариатричне втручання.

СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ

А.С. Лаврик, А.С. Тывончук

Обобщен опыт применения бариатрических операций с 1983 года по 2010 год. Проведенный сравнительный анализ ранних и отдаленных результатов бандажирования, шунтирования желудка, билиопанкреатического шунтирования, еюноилоешунтирования, продольной резекции желудка.

Ключевые слова: бандажирование желудка, шунтирование желудка, билиопанкреатическое шунтирование, еюноилоешунтирование, продольная резекция желудка, бариатрические операции.

OWN EXPERIENCE OF MORBID OBESITY SURGICAL TREATMENT

A.S. Lavrik, O.V. Tyvonchuk

The experience of bariatric operations from 1983 to 2010 was summarized. The comparative analysis of early and late results of gastric banding, gastric bypass, biliopankreatic diversion, jejunioileo bypass, sleeve gastrectomy.

Key words: gastric banding, gastric bypass, biliopankreatic diversion, jejunioileo bypass, sleeve gastrectomy, bariatric operation.

ЛІТЕРАТУРА

1. Buchwald H. Bariatric surgery worldwide 2003 / H. Buchwald, S.E. Williams // *Obes. Surg.* – 2004. – Vol. 14, № 9. – P. 1157-1164.
2. Deitel M. The first international consensus summit sleeve gastrectomy / M. Deitel, R. Crosby, M. Gagner // *Obes. Surg.* – 2008. – Vol. 18, № 5. – P. 487-496.
3. Тывончук О.С. Вплив шунтування та бандажування шлунка на рівень показників глюкозотолерантного тесту, інсуліну та С-пептиду у хворих морбідним ожирінням / О.С. Тывончук, А.С. Лаврик, С.П. Кожара, О.Д. Фурманенко // *Ендокринологія.* – 2008. – Т. 13, № 1. – С. 66-75.
4. Тывончук О.С. Вплив шунтування та бандажування шлунка на ліпідний профіль у хворих на морбідне ожиріння / О.С. Тывончук, А.С. Лаврик, К.П. Осипенко // *Клінічна хірургія.* – 2008. – № 6. – С. 5-8.
5. Тывончук О.С. Віддалені результати операції шунтування шлунка / О.С. Тывончук // *Клінічна хірургія.* – 2008. – № 8. – С. 5-10.
6. Лаврик А.С. Віддалені результати операції бандажування шлунка / А.С. Лаврик, О.С. Тывончук, О.П. Стеценко // *Клінічна хірургія.* – 2008. – № 3. – С. 5-8.
7. Comparison of weight loss and morbidity after gastric bypass and gastric banding. A single center European experience / W.W. Riele, J.M. Vogten, D. Voerma [at al.] // *Obes. Surg.* – 2008. – Vol. 18, № 1. – P. 11-16.

Стаття надійшла 28.02.2011