

---

**МАТЕРИАЛЫ  
МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ  
«МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ  
ОРГАНОВ ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ»**

**Г. ДОНЕЦК, 7-8 НОЯБРЯ 2013 Г.**

Я.С. Березницкий, Р.В. Дука

## ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПРОДОЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», Днепропетровск

**Реферат.** В работе проанализированы технические особенности и результаты выполнения продольной резекции желудка у пациентов с морбидным ожирением. Лапароскопическая продольная резекция желудка выполнена у 13 пациентов с индексом массы тела от 31,6 до 48 кг/м<sup>2</sup> (средний - 42 кг/м<sup>2</sup>). Масса тела у этих пациентов находилась в пределах от 91 до 168 кг (средняя 128 кг), избыток массы тела составлял от 28 до 91 кг (в среднем 60 кг). Проведенный анализ показал, что продольная резекция желудка является эффективным методом лечения пациентов с морбидным ожирением, позволяющая достичь процент потери избыточной массы тела 61% через два года после операции и приводящая к нормализации углеводного обмена у пациентов с нарушенной толерантностью к глюкозе.  
**Ключевые слова:** морбидное ожирение, хирургическое лечение, продольная резекция желудка

Вопросы хирургического лечения ожирения в последнее время становятся все более актуальными. Это обусловлено целым рядом причин. Неуклонный рост количества людей с избыточной массой тела отмечается практически во всех экономически развитых странах и носит характер неинфекционной эпидемии. Распространенность ожирения среди населения различных стран составляет от 30 до 60% и, как показывает статистика, этот рост неуклонно продолжается [1,2,3]. К сожалению, точных статистических данных по этой проблеме в Украине нет, но, учитывая общемировую тенденцию, можно предположить, что в Украине также отмечается рост количества людей с избыточной массой тела. Наличие тесно связанных с ожирением артериальной гипертензии, сахарного диабета и дислипидемии резко снижает качество жизни пациентов, повышает затраты на их лечение и является в большинстве случаев, причиной преждевременной смерти [1-7]. Существующие на сегодняшний день методики консервативной терапии предусматривают изменение образа жизни и питания, длительную терапию. В 90% случаев консервативное лечение оказывается малоэффективным, и при его прекращении наступает рецидив заболевания. Поэтому бариатрические оперативные вмешательства на сегодня, являются в прямом смысле единственной возможностью для пациента избавиться от ожирения и большинства сопутствующих ему заболеваний [4,5,6,7].

Все бариатрические оперативные вмешательства принято разделять на три основные группы: рестриктивные, мальабсорбтивные и комбинированные [1,2,4,5]. Одной из современных методик рестриктивных вмешательств является продольная резекция желудка. Эта методика в последнее время привлекает к себе все большее внимание бариатрических хирургов и получает повсеместное распространение. Однако, учитывая относительную новизну методики, еще нет достаточного количества наблюдений за пациентами в отдаленные сроки после операции. И этот факт обуславливает повышенный интерес к результатам выполнения продольной резекции желудка. Таким

образом, освоение и усовершенствование методик бариатрических вмешательств является актуальной задачей хирургов, позволяющей качественно оказывать помощь пациентам с морбидным ожирением.

Целью работы было оценить технические особенности и результаты выполнения продольной резекции желудка в лечении пациентов с морбидным ожирением.

### Материал и методы

За период с 2009 по 2013 гг выполнено 37 различных бариатрических вмешательств, из которых у 13 пациентов с ИМТ от 31,6 до 48 кг/м<sup>2</sup> (средний - 42 кг/м<sup>2</sup>) выполнена продольная резекция желудка. Масса тела у этих пациентов находилась в пределах от 91 до 168 кг (средняя 128 кг), избыток массы тела составлял от 28 до 91 кг (в среднем 60 кг). Основными жалобами у пациентов с морбидным ожирением были прогрессирующее увеличение массы тела при отсутствии эффекта от других методов лечения. Наличие выраженной одышки при незначительной физической нагрузке, боль в спине и в крупных суставах нижних конечностей, различной степени выраженности проявления синдрома Пиквика (ночной храп, апноэ, дневная сонливость).

Контролировалась масса тела, показатели углеводного и жирового обмена. Степень ожирения устанавливалась согласно классификации ВОЗ 1997г; ИМТ определялся по формуле  $ИМТ (кг/м^2) = \frac{Масса\ тела}{(Рост \times Рост)}$ , м<sup>2</sup>; идеальная масса тела определялась по международной таблице Metropolitan Height and Weight Tables, Converted to Metric System 1983г; %EWL определялся по формуле  $\%EWL = \frac{Утерянная\ масса\ тела}{Избыточная\ масса\ тела} \times 100\%$ .

### Результаты и обсуждение

Перед выполнением оперативного вмешательства все пациенты проходили стандартное обследование, которое дополнялось определением гликозирированного гемоглобина; глюкозо-толерантного теста; липидограммы; рН-мониторинга; ФГДС. Проведенные исследования продемонстрировали, что у 3 пациентов имелось повышение уровня гликозилированно-

го гемоглобина более 6%, повышение уровня глюкозы через 2 часа после приема 75 гр. глюкозы более 8 ммоль/л. Кроме того, у 4 пациентов отмечалась дислипидемия.

Оперативное вмешательство выполнялось с использованием 5 троакаров. Мобилизацию большой кривизны желудка выполняли на расстоянии 5 см проксимальней привратника и до угла Гиса, с использованием ультразвукового скальпеля Harmonic. Отделяли сальник от большой кривизны желудка, мобилизовали дно желудка, заднюю стенку желудка, левую ножку диафрагмы. Короткие сосуды желудочно-ободочной связки также пересекались ультразвуковым скальпелем. Пересечение желудка проводилось эндостеплерами с использованием от 5 до 7 кассет. Необходимо отметить, что первое пересечение желудка выполнялось на расстоянии 5 см от привратника, и только на второе прошивание вводился желудочный зонд 12 мм в диаметре. Чем ближе к зонду проводилось прошивание, тем короче получалась линия шва, и меньше расходовалось кассет. После отсечения препарата он погружался в контейнер и удалялся из брюшной полости. В случае возникновения кровотечения из линии скрепочного шва гемостаз достигался клипированием. Герметичность прошивания контролировалась введением в желудок раствора красителя. При этом производилось измерение объема желудка, он составлял от 75 до 110 см<sup>3</sup>. Линия скрепочного шва перитонизировалась непрерывным швом. Для перитонизации использовали шовную систему V-lock. Эта система, за счет своего анкерного строения, позволяла выполнять прошивание без завязывания узлов и за счет своей несмещаемости в обратном направлении позволяла использовать для шитья только одну руку хирурга, освобождая вторую для свободных манипуляций. Использование данной системы позволяло значительно сократить время этапа перитонизации большой кривизны желудка. Оперативное вмешательство завершалось введением назогастрального зонда для контроля гемостаза в полости желудка, и зонд удалялся к концу первых суток послеоперационного периода.

Все пациенты отмечали значительное снижение аппетита после операции. В первый месяц после операции пациенты принимали блокаторы желудочной секреции. Кроме того, в первые 6 месяцев, когда отмечалось наиболее значительное снижение массы тела, пациенты принимали поливитамины и препараты железа. За первые 12 месяцев после операции %EWL в среднем составил от 35% до 70% (средний 46%), за второй год – от 48% до 87% (средний 61%). К концу первого года после операции у пациентов с нарушенной толерантностью к глюкозе наступила ее нормализация, при этом уровень гликозилированного гемоглобина также пришел к норме. Проведенные исследования рН-метрии продемонстрировали нормальность.

#### Выводы

Продольная резекция желудка является эффективным методом лечения пациентов с морбидным ожирением,

позволяющая достичь %EWL 61% через два года после операции и приводящая к нормализации углеводного обмена у пациентов с нарушенной толерантностью к глюкозе.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Егиев В.Н. Рестриктивные вмешательства на желудке в лечении больных ожирением / В.Н. Егиев, М.Н. Рудакова, Д.С. Белков. – М.: МЕДПРАКТИКА, 2004. – 99 с.
2. Седлецкий Ю.И. Современные методы лечения ожирения / Ю.И. Седлецкий. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2007. – 403 с.
3. Яшков Ю.И. Гастрошунтирование и билиопанкреатическое шунтирование – первые наблюдения и результаты // Материалы III Российского симпозиума «Хирургическое лечение ожирения и сопутствующих метаболических нарушений» / Ю.И. Яшков – СПб., 1-2 июля 2004. – С. 53-54.
4. Яшков Ю.И. Этапы развития хирургии ожирения / Ю.И. Яшков // Вестник хирургии. – 2003. – №3. – С. 28-31.
5. Седов В.М., Фишман М.Б. Лапароскопическая хирургия ожирения / В.М. Седов, М.Б. Фишман. – СПб., 2009. – 192 с.
6. Лаврик А.С. Собственный опыт применения операции шунтирования желудка / А.С. Лаврик, А.С. Тывончук., А.Ю. Згонник [и др.] // Анналы хирургии. – 2007. – Приложение. – С. 32.
7. Лаврик А.С. Миниинвазивные гастрорестриктивные методы лечения морбидного ожирения / А.С. Лаврик, А.С. Тывончук., А.Н. Бурый [и др.] // Анналы хирургии. – 2007. – Приложение. – С. 34-35.

Я.С.Березницкий, Р.В.Дука

### Технічні особливості та результати виконання відеоендоскопічної продольної резекції шлунку в лікуванні пацієнтів з морбідним ожирінням

В роботі проаналізовані технічні особливості та результати виконання продольної резекції шлунку у пацієнтів з морбідним ожирінням. Лапароскопічна продольна резекція шлунку виконана у 13 пацієнтів з ІМТ від 31,6 до 48 кг/м<sup>2</sup> (середній – 42 кг/м<sup>2</sup>). Маса тіла у цих пацієнтів знаходилась від 91 до 168 кг (середня 128 кг), надлишок маси тіла складав від 28 до 91 кг (у середньому 60 кг). Аналіз показав, що продольна резекція шлунку є ефективним методом лікування пацієнтів з морбідним ожирінням, яка дозволяє досягти EWL 61% через два роки після операції та призводить до нормалізації вуглеводного обміну у пацієнтів з порушеною толерантністю до глюкози.

Ya.S.Berezniyskiy, R.V.Duka

### Technical features and results of videoendoscopic sleeve gastrectomy in treatment of patients with morbid obesity

Technical features and results of sleeve gastrectomy are analysed for patients with morbid obesity. The laparoscopic sleeve gastrectomy of stomach is performed in 13 patients with BMI from 31.6 to 48 kg/m<sup>2</sup>; (mean BMI 42 kg/m<sup>2</sup>). Body weight of these patients was from 91 to 168 kg (mean weight 128 kg), body overweight made from 28 to 91 kg (mean 60 kg). The conducted analysis showed that a laparoscopic sleeve gastrectomy of stomach was the effective method of treatment of patients with morbid obesity, EWL was 61% in two years after an operation, and it resulted in normalization of carbohydrate metabolism in patients with impaired glucose tolerance.

**Keywords:** morbid obesity, surgical treatment, sleeve gastrectomy

Поступила в редакцию 02.09.2013