

## ЛЕЧЕНИЕ ОЖИРЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ

### TREATMENT OF OBESITY BY SURGICAL METHOD

**A. Isa  
V. Kashchenko  
S. Ali**

*Summary.* The number of patients who need surgical treatment of obesity is increasing every year. According to the World Health Organization, more than 1.9 billion adults are overweight, while 35% of them are obese. Obese patients also have an increased risk of malignant oncological diseases. In this regard, an active search is underway in all developed countries of the world for new highly effective ways to treat obesity, one of them is a surgical method.

*Keywords:* obesity, surgical method, treatment, gastroplasty, disease.

**Иса Али Абдулкарим Али**

Аспирант, Санкт-Петербургский государственный университет  
alimedru1990@gmail.com

**Кащенко Виктор Анатольевич**

Д.м.н., профессор, Санкт-Петербургский государственный университет  
surg122@yandex.ru

**Али Сулиман Салих Абдин**

Специалист, Санкт-Петербургский педиатрический медицинский университет  
Majzoob1090@gmail.com

*Аннотация.* С каждым годом увеличивается число пациентов, которые нуждаются в оперативном лечении ожирения. По данным Всемирной организации здравоохранения, более 1,9 миллиарда взрослых людей имеют избыточный вес, при этой 35% из них страдают ожирением. У больных с ожирением также увеличен риск возникновения злокачественных онкологических заболеваний. В связи с этим во всех развитых странах мира ведется активный поиск новых высокоэффективных способов лечения ожирения, один из них это хирургический метод.

*Ключевые слова:* ожирение, хирургический метод, лечение, гастропластика, заболевание.

**О**жирение является заболеванием, которое приобретает все большую распространенность во всем мире и оказывает серьезное влияние как на человека, так и на общество.

Ожирение — это увеличение массы тела за пределами физических потребностей в результате чрезмерного накопления жира. Накопление жира или триацилглицерина, по сути, является единственным способом, при котором масса тела может стать избыточной, поскольку запас другой энергии (например, углеводный гликоген или белок в печени и мышцах) не имеет потенциала жировой ткани превышать физиологической нормы [1].

Жировая ткань представляет собой тканевую единицу, которая может из-за гиперплазии и гипертрофии сильно различаться у разных людей. Однако ошибочно

думать о нем как о едином объекте, поскольку существуют подтипы жировой ткани (например, висцеральная и подкожная), которые, могут по-разному влиять на здоровье человека. Жировая ткань является не только запасной тканью для триацилглицеролов, она также действует как эндокринный орган, высвобождая многочисленные адипокины, которые взаимодействуют с другими тканями и воздействуют на них [2].

Остеоартрит является одной из основных причин ожирения. Для суставов, не несущие нагрузку характерны изменения в хрящевом и костном метаболизме. Обструктивное апноэ сна — характеризуется отсутствием потока воздуха при наличии торакоабдоминальных движений. По результатам многочисленных исследований известно, что 70% пациентов с синдромом обструктивного апноэ сна страдают ожирением, это может быть

связано с наличием жира на шее и жировых отложений в области глотки. Уменьшение остаточного объема легких связано с повышенным брюшным давлением на диафрагму [3–4].

Наконец, одним из последствий ожирения является общественное мнение, к сожалению, именно оно может повлиять на образование, занятость, доход, семейное положение и здоровье человека. Значительное пагубное влияние на качество жизни связано с более высокой частотой депрессии [5].

По оценке российских диетологов, на 2021 год уже 60% населения страдают избыточным весом, у 26% — проявляются клинические признаки и лишь у 6–8% людей ожирение представлено в тяжелой форме, причем индекс массы тела превышает 40 кг/м<sup>2</sup> [6].

Созданные на сегодняшний день новые способы терапии этого заболевания органично дополняют ранее разработанную стратегию лечения ожирения [7]. В любом случае не стоит забывать, что конечной целью любого вида лечения являются, по возможности, значительное и стабильное улучшение состояния здоровья в физическом и социальном плане, или стойкое клиническое выздоровление и возвращение к обычной жизни, предшествовавшей болезни. Иными словами, смыслом любых медицинских действий является улучшение качества жизни [8].

Хирургические операции по снижению веса считаются одним из успешных методов лечения ожирения. Благодаря постоянному совершенствованию хирургических методов, в настоящее время существует множество вариантов, которые позволяют как пациентам, так и хирургам выбирать процедуру выбора в соответствии с их удобством.

Так, в качестве хирургических методов лечения ожирения в настоящее время применяют лапароскопическое регулируемое бандажирование желудка, данный способ считается более простым и безопасным [9]. Суть лечения заключается в том, чтобы во время операции с помощью полимерного кольца разделить желудок на две части: проксимальную и большую дистальные части, имплантация позволяет добиться редукции 40–60% избыточной массы тела. Плюсом данной операции считается его обратимость, то есть бандаж легко можно удалить после повторной лапароскопической операции [10].

Одной из распространенных оперативных процедур в России считается лапароскопическая продольная резекция желудка, суть заключается в том, чтобы создать узкую желудочную трубку от пищевода до антрального

отдела органа, как результат, хорошее снижение веса у пациентов. Однако недостатком этого метода считается повторный набор веса, по результатам экспериментальных исследований у 30% пациентов вес вернулся в исходный через 4–5 лет после операции, возможно из-за несостоятельности линии степлерных швов, частота которых составляет 2–4% [11].

Седлецкий Ю. (2014) в своей работе рассказывает о другом хирургическом методе лечения ожирения — шунтирование желудка, во время операции создается маленький желудочный мешочек, объемом до 50 мл. желудочного мешочка (объемом 30–50 мл). Проксимальные отделы пищеварительного тракта (двенадцатиперстная кишка и начальные отделы тонкой) выключаются из транспорта химуса за счет наложения Roux-en-Y-анастомоза между дистальными отделами тонкой кишки и сформированным маленьким желудочком и тонко-тонкокишечного соустья. Полноценный процесс абсорбции нутриентов происходит лишь на ограниченном участке тонкой (подвздошной) кишки, куда попадают пищеварительные соки (желудочный, панкреатический, желчь) и химус [6]. Данная операция достаточно сложная, негативными последствиями ее могут быть внутренние грыжи и язвы. Однако в 85% случаях вес уходит и повторного набора практически не наблюдается.

Билиопанкреатическое шунтирование считается наиболее эффективным в настоящее время вариантом хирургического лечения избыточной массы тела и сопутствующих ей метаболических нарушений. Однако данный вид бариатрической операции является технически наиболее сложным и несет максимальный риск развития ранних и поздних осложнений [12].

Операция проходит в два этапа: первым — это гастрэктомия, при которой удаляется около 80 процентов желудка, оставляя меньший желудок трубчатой формы. Однако клапан, который пропускает пищу в тонкую кишку (клапан привратника), остается вместе с ограниченной частью тонкой кишки, которая обычно соединяется с желудком (двенадцатиперстной кишкой).

На втором этапе большую часть кишечника обходят путем соединения конечной части кишечника с двенадцатиперстной кишкой рядом с желудком, все это ограничивает количество пищи, которую вы можете съесть, и снижает усвоение питательных веществ, включая белки и жиры. Данный вид операции обычно рекомендуется людям с индексом массы тела выше 50 [13].

Для предотвращения хронических метаболических осложнений все больные, подвергнутые оперативным вмешательствам должны получать высококачественные поливитамины, диету, содержащую не менее 60 г каче-

ственного животного белка в сутки, при необходимости назначаются препараты кальция, железа и витамин В<sub>12</sub> [14].

Несмотря на разработанные многочисленные виды хирургических операций при ожирении, практически все операции имеют существенные недостатки и инди-

видуальные противопоказания. В настоящее время нет идеальной операции, которую можно выполнить у всех пациентов [15]. Выбор метода хирургического лечения должен определяться с учетом результатов похудения, выраженности метаболических нарушений, качеством жизни пациентов после операции, индивидуальной потребности пациента

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Кушнер Р. Лекарственная терапия: Избыточный вес и ожирение/под ред. Д.Г. Бессесен, Р. Кушнер. М.: Бином, 2004. Гл. 16. С. 145–156.
2. Poston W.S.C., Foreyt J.P. Sibutramin and the management of obesity//Expert. Opin. Pharmacoter. 2004; 5: 633–642.
3. Ryan D.H. Clinical use of sibutramin//Drugs. Today. 2004; 40(1): 41–54.
4. Вознесенская Т.Г. Типология нарушений пищевого поведения и эмоционально-личностные расстройства при первичном ожирении и их коррекция//Ожирение/под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. М.: Медицинское информационное агентство, 2004. Гл. 9. С. 234–271.
5. Старостина Е.Г. Расстройства приема пищи: клинко-эпидемиологические аспекты и связь с ожирением//Врач. 2005. № 2. С. 28–31.
6. Седлецкий Ю. Хирургическое лечение метаболического синдрома. СПб.: ЭЛБИ, 2014 192 с.
7. Obesity, Bariatric and Metabolic Surgery / ed. S. Agrawal. [Switzerland]: Springer International Publishing 2016 736 p.
8. Национальные клинические рекомендации по бариатрической и метаболической хирургии. М., 2015 39 с.
9. Дедов И., Мельниченко Г., Шестакова М. и др. Национальные клинические рекомендации по лечению морбидного ожирения у взрослых. 3-й пересмотр (Лечение морбидного ожирения у взрослых) // Ожирение и метаболизм. 2018 № 15 С. 53–70.
10. O'Brien P., MacDonald L., Anderson M. et al. Long-term outcomes after bariatric surgery: fifteen-year follow-up of adjustable gastric banding and a systematic review of the bariatric surgical literature // Ann. Surg. 2013 Vol. 257 P. 87–94.
11. Alhamdani A., Wilson M., Jones T. et al. Laparoscopic adjustable gastric banding: a 10-year single centre experience of 575 cases with weight loss following surgery // Obes. Surg. 2012 Vol. 22 P. 1029–1038
12. Spivak H., Abdelmelek M., Beltran O. et al. Long-term outcomes of laparoscopic adjustable gastric banding and laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass in the United States // Surg. Endosc. 2012 Vol. 26 — P. 1909–1919.
13. Bloomberg R., Fleishman A., Nalle J. et al. Nutritional deficiencies following bariatric surgery: what have we learned? // Obes. Surg. 2005. — Vol. 15. — P. 145–154.
14. Fuks D., Verhaeghe P., Brehant O. et al. Results of laparoscopic sleeve gastrectomy: a prospective study in 135 patients with morbid obesity // Surgery. 2009 Vol. 145 P. 106–113.
15. Survey of laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG) at the Fourth International Consensus Summit on sleeve gastrectomy / M. Gagner, M. Deitel, L. Erickson, R. Crosby // Obes. Surg. 2013 Vol. 23 P. 2013–2017.

© Иса Али Абдулкарим Али (Alimedru1990@gmail.com ),

Кащенко Виктор Анатольевич ( surg122@yandex.ru ), Али Сулиман Салих Абдин ( Majzoob1090@gmail.com ).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»