



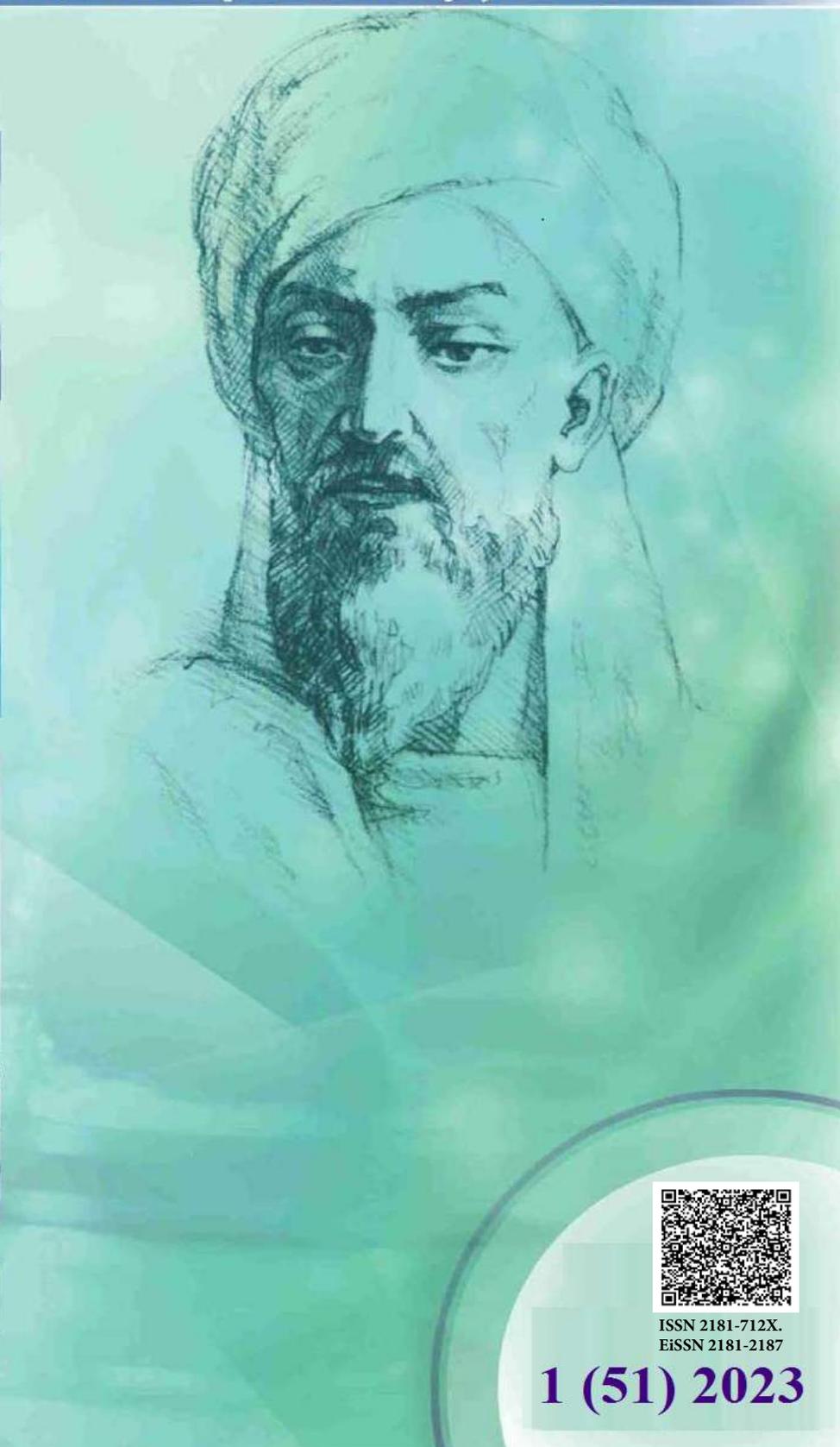
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

1 (51) 2023

**Сопредседатели редакционной
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
С.И. ИСМОИЛОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

1 (51)

2023

Received: 10.01.2023
Accepted: 20.01.2023
Published: 20.01.2023

УДК 616-056.527-089-06

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЙ

Тешаев О.Р., Жумаев Н.А., Тавашаров Б.Н.

Ташкентская медицинская академия

✓ **Резюме**

Исследованы 200 больных с ожирением, получивших хирургическое лечение. Они были разделены на 2 группы. Первая (сравнения, А) группа - продольная резекция желудка (ЛПРЖ). Вторая (основная, Б) группа - минигастрошунтирование (МГШ). Для определения характера осложнений после операции принята классификация Clavien-Dindo. Для оценки качества жизни принимался опросник BAROS. Техника операции – лапароскопическая. Выполнение лапароскопической продольной резекции желудка у пациентов с ожирением оказывается более оптимальное и эффективнее при сравнении с минигастрошунтированием в раннем периоде.

Ключевые слова: ожирение, продольная резекция желудка, минигастрошунтирование, BAROS, Clavien-Dindo.

IMMEDIATE RESULTS OF OBESITY SURGICAL TREATMENT

Teshayev O.R., Jumayev N.A., Tavasharov B.N.

Tashkent Medical Academy

✓ **Resume**

200 obese patients who received surgical treatment were studied. They were divided into 2 groups. The first (comparison, A) group - longitudinal resection of the stomach. The second (main, B) group is minigastric bypass. To determine the nature of complications after surgery, the Clavien-Dindo classification was adopted. The BAROS questionnaire was used to assess the quality of life. The surgical technique is laparoscopic. Performing laparoscopic longitudinal resection of the stomach in patients with obesity is more optimal and effective when compared with minigastric bypass in the early period.

Key words: obesity, longitudinal resection of the stomach, minigastric bypass, BAROS, Clavien-Dindo.

СЕМИЗЛИКНИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШНИНГ ЭРТА КУТИЛАЁТГАН НАТИЖАЛАРИ

Тешаев О.Р., Жумаев Н.А., Тавашаров Б.Н.

Тошкент тиббиёт академияси

Резюме

Жарроҳлик амалиётини ўтказган 200 нафар семизлик билан хасталанган беморларда тадқиқот илмий иши ўрганилди. 2 гуруҳга бўлинган. Биринчи (таққослаш А) гуруҳи - ошқозоннинг бўйлама резекцияси. Иккинчиси (асосий Б) гуруҳ-минигастрикунтлаш (МГШ). Жарроҳлик амалиётидан кейинги асоратларни аниқлаш учун Clavien-Dindo таснифидан фойдаланилди. Ҳаёт сифатини баҳолаш учун BAROS сўровномаси қўлланилди. Жарроҳлик техникаси - лапароскопия. Семизликка чалинган беморларда ошқозоннинг лапароскопик бўйлама резекциясини ўтказиш эрта даврда минигастрикунтлаш билан солиштирганда самарали ҳисобланади.

Калит сўзлар: семизлик, ошқозон бўйлама резекцияси, минигастрошунтлаш, BAROS, Clavien-Dindo.



Актуальность

Ожирение – это хроническая патология, обладающая сложным патогенетическим механизмом. До сих пор оптимального метода лечения, позволяющего эффективно и быстро снижать избыточный вес, не найдено. Поэтому, вопрос снижения частоты ожирения, ее диагностики, лечения и профилактики является первоочередным для здравоохранения [1].

Эпидемиологическое сведение показывает, что в мире есть более 1 млрд. человек с ожирением. В США избыточный вес равняет около 44,8 – 60,2 %, в Германии – 42,5 – 48,8 %, в Австралии – 29,5 – 39,9 %, в Китае примерно 7,9 – 13,8 %. В Российской Федерации заболеваемость ожирения отмечена у 16,0 % населения [2,3].

Ожирение – это риск фактор ряда патологий - гипертонии, инфаркта миокарда, инсульта, болезни Альцгеймера, депрессии, остеоартрита, в том числе метаболического характера – сахарного диабета 2 типа и жировой болезни печени, и др. Поскольку избыточный вес оказывает непосредственное воздействие на метаболические процессы липопротеидов, приводя к повышению липопротеинов низкой плотности и триглицеридов, и уменьшению липопротеинов высокой плотности. Кроме того, ожирение может привести к снижению качества жизни, безработице, снижению производительности труда и социальному неблагополучию [4].

Современными рекомендациями по ожирению выявлено, основной причиной ожирения является энергетический дисбаланс между потребляемыми и израсходованными калориями. Однако на индивидуальном уровне мероприятия по снижению веса, направленные на сокращение потребления калорий и увеличение расхода энергии, часто не приносят успеха в долгосрочной перспективе. Хотя на первый взгляд ответственность лежит на пациенте, изменения в поведении (включая изменения в рационе питания и образе жизни), скорее всего, произойдут в результате изменений окружающей среды и общества. Такие изменения в поведении могут оказаться неэффективными при отсутствии поддерживающей политики в здравоохранение, сельском хозяйстве, пищевой промышленности и др. Социально-бытовые аспекты жизни, в том числе и ожирение, сопряжены с воздействием внешних предикторов, что обуславливает трудность изучения ожирения. Итак, ВОЗ рекомендует, что политика общества должна способствовать здоровому питанию и повышению физической активности среди населения [5].

Несмотря на серьезность вопроса, современные методы лечения избыточного веса остается неудовлетворительным. Многие больные не могут начинать терапию из-за психологического стресса о необходимости соблюдения длительно однообразной диеты. Исходная масса тела восстанавливается через 6 месяцев после окончания курса лечения. Поэтому большинство приступивших к лечению не удается получить желаемый результат, а иногда, результаты оказываются хуже, чем ожидаемые. Нередко отмечается рецидив ожирения даже после успешного восстановления исходной массы тела [6].

Причинами эффективности медикаментозной терапии ожирения являются плохо контроль пациентов своего аппетита, трудность соблюдать диету и снижать принимаемую пищу. Поэтому оперативное лечение является наиболее эффективным методом в лечении избыточного веса. В практике разработано более 40 видов бариатрических операций. Доказанная долгосрочная эффективность использования бариатрических операций и увлечение продолжительности жизни больных после операции обусловил особому энтузиазму по их применению [7].

Цель исследования: Совершенствовать хирургическую терапию, применяемую при ожирении.

Материал и методы

Исследованы 200 больных с ожирением, получивших хирургическое лечение. Они были разделены на 2 группы. Первая (сравнения, А) группа - продольная резекция желудка (ЛПРЖ). Вторая (основная, Б) группа - минигастрошунтирование (МГШ).

Исследуемые больные были совместимы по полу и возрасту. Пол мужской – 80 (40,0 %) и женский – 120 (60,0 %). Возраст – 23-70 лет. Критериями входа. Возраст от 23 до 70 лет; индекс массы тела – более 40 кг/м²; легкие сопутствующие патологии; персональное согласие;

соблюдение исследовательского порядка.

Критериями исключения. Возраст – моложе 23 и старше 70 лет; тяжелые хронические патологии; отказ. Усредненное значение индекса массы тела (ИМТ) в первой группе равняло $36,5 \pm 5,1$ кг/м², а в основной – $42,4 \pm 4,8$ кг/м².

Техника операции – лапароскопическая.

Больные были разделены по степени ожирения. I степень зарегистрирована у 60 (60,0 %) первой группы и 30 (30,0 %) – второй. II степень – у 20 (20,0 %) и 30 (30,0 %). III степень – у 20 (20,0 %) и 50 (50,0 %).

Методы исследования. применялись общеклинические, лабораторные и специальные методы.

Для определения характера осложнений после операции принята классификация Clavien-Dindo, которая состоит из 7 степеней (I, II, IIIa, IIIb, IVa, IVb и V). Итак, можно точно оценить осложнения после бариатрических операций. Для оценки качества жизни принимался опросник BAROS.

Техника операции. Под общим наркозом, положение больного на столе с разведенными ногами, при катетеризации мочевого пузыря. Перед операцией пациентам назначаются антибиотикопрофилактика.

Срок исследования – ранний послеоперационный, 3, 6, 8, 12 месяцев после операции. Методы статистического анализа полученных результатов выполнены при помощи с помощью приложения Microsoft Excel 2013, и программ STATISTICA 6,0, с использованием критерия Колмогорова-Смирнова и критерия Шапиро Уилка.

Результат и обсуждения

До хирургической терапии прекращен прием всех антикоагулянтов и метаболизирующейся терапии. Большое значения в выборе методики выполнения бариатрической операции играет индекс массы тела (ИМТ) пациента, а также среднее значение избыточного веса.

Полученными результатами выявлено, что средняя кровопотеря, возникающее во время операции, у пациентов исследования значительно варьировалась.

Так, среднее количество интраоперационной кровопотери в первой группе составило $23,9 \pm 10,1$ мл, а во второй – $95,2 \pm 13,7$ мл.

Длительность оперативного вмешательства также оказалась разной. В группе сравнения она равняла – $92,5 \pm 9,8$ мин, а в основной – $145,6 \pm 12,1$ мин.

У некоторых больных во время операции видно наличие в верхнем этаже брюшной полости множественных спаек. Плоские спайки диагностированы у 2(2,0 %) пациентов первой группы и 5 (5,0 %) – второй. Перивезикальные спайки обнаружены у 7(7,0%) и 12(12%) соответственно.

Интраоперационные осложнения являлись кровотечением, перфорацией тонкой кишки. Их частота в группе сравнения составила 3(3%), а в основной – 10(10%).

В раннем периоде (менее 25 суток) после операции продемонстрировано развитие ряд осложнений, таких как ежедневная частый жидкий стул, одно- или двукратная рвота, повторное вмешательство, серома в области троакарной раны, нагноение раны, кровотечение из троакарного прокола, повторное поступление в клинику, острая инфекция мочевых путей, анастомозит, желудочное кровотечение, парез тонкой кишки, гематома в поддиафрагмальной области. В первой группе количество данных осложнений равняло 12(12%), а во второй – 34(34%) (рис. 1).

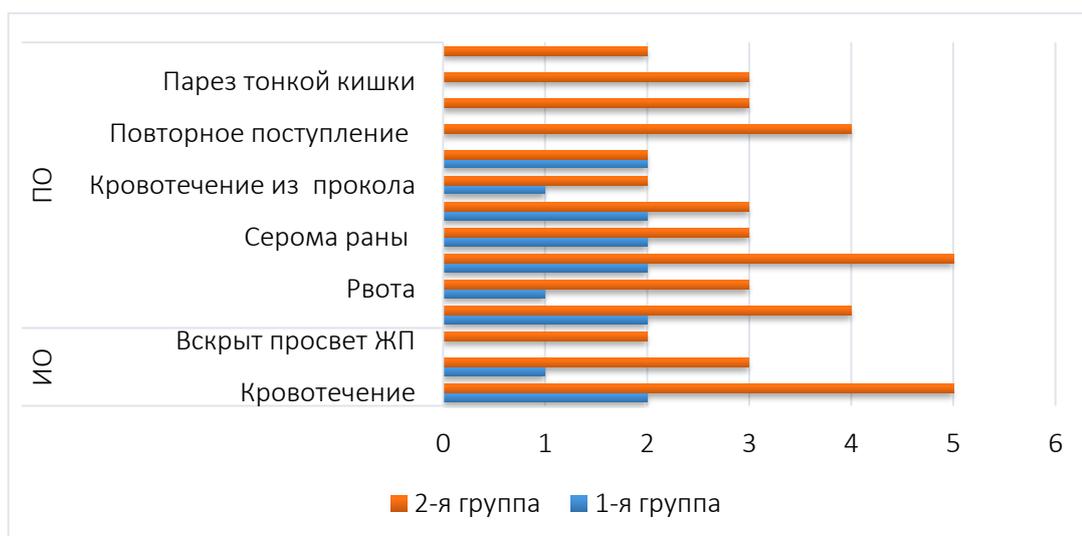


Рисунок 1. Количество интраоперационных (ИО) и послеоперационных (ПО, < 25 суток) осложнений. ОИМП – острая инфекция мочевых путей



Рисунок 2. Количество близких послеоперационных (ПО > 25 дней) осложнений. ТГВНК – тромбоз глубоких вен нижних конечностей

В близком периоде (более 25 дней) после операции отмечено формирование ряда осложнений. Они появились в виде ежедневной тошноты и рвоты (в связи с рекомендациями диеты), тромбоз глубоких вен нижних конечностей, повторной госпитализации, нарушения рациона питания, спаечной кишечной непроходимости, повторного планового оперативного вмешательства (герниопластики послеоперационной грыжи, лапароскопической холецистэктомия).

Данные последствие регистрировались у 7(7%) пациентов группы сравнения и 38(38%) – основной.

При определении характера послеоперационных осложнений по классификации Clavien-Dindo, установлено, что Clavien I составил 11(11%) первой группы и 30(30%) – второй, Clavien

II – 4(4%) и 17(17%), Clavien IIIa – 2(2%) и 14(14%), Clavien IIIb – 1(1%) и 18(18%), Clavien IV – 1(1%) и 3 (3%) (рис. 3).

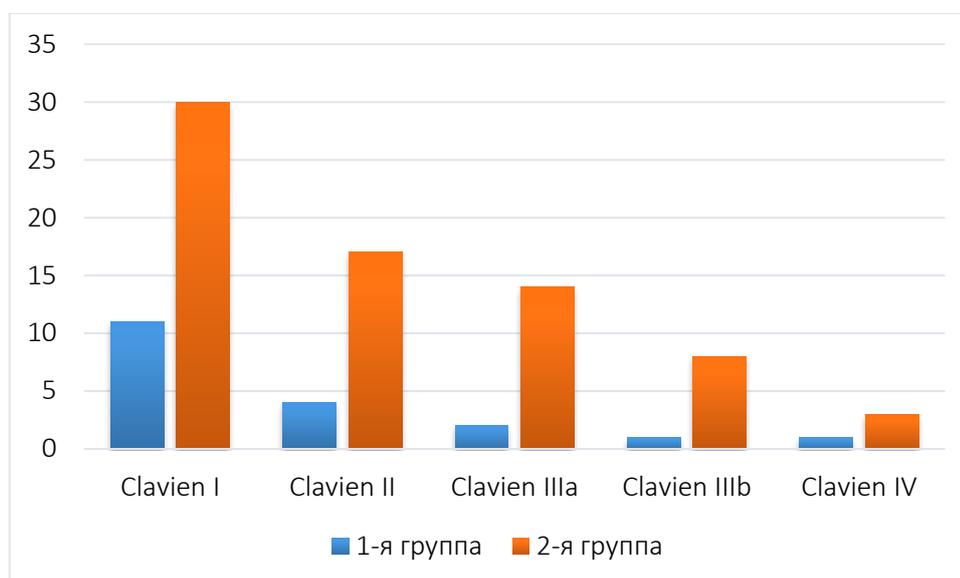


Рисунок 3. Сравнительная оценка ранних и близких послеоперационных осложнений

Для оценки процента снижения избыточного веса, больным исследуемых групп определялось количество избыточной массы тела через 3, 6, 12, 18 месяцев (рис. 4).

Спустя 3 месяца процент снижения избыточной массы у пациентов группы сравнения составил 50% ($p=0,01$). В то же время в основной группе данный показатель составил 45% ($p=0,01$).

После 6 мес на оперативной терапии частота снижения избыточной массы в первой группе равняла 65% ($p=0,01$), а во второй – 51% ($p=0,01$).

Через 12 процент снижения избыточного веса составил 73% ($p=0,01$) среди больных группы сравнения и 68% ($p=0,01$) - основной.

Спустя 18 мес данный показатель равнял 50% и 74% ($p=0,01$) соответственно.

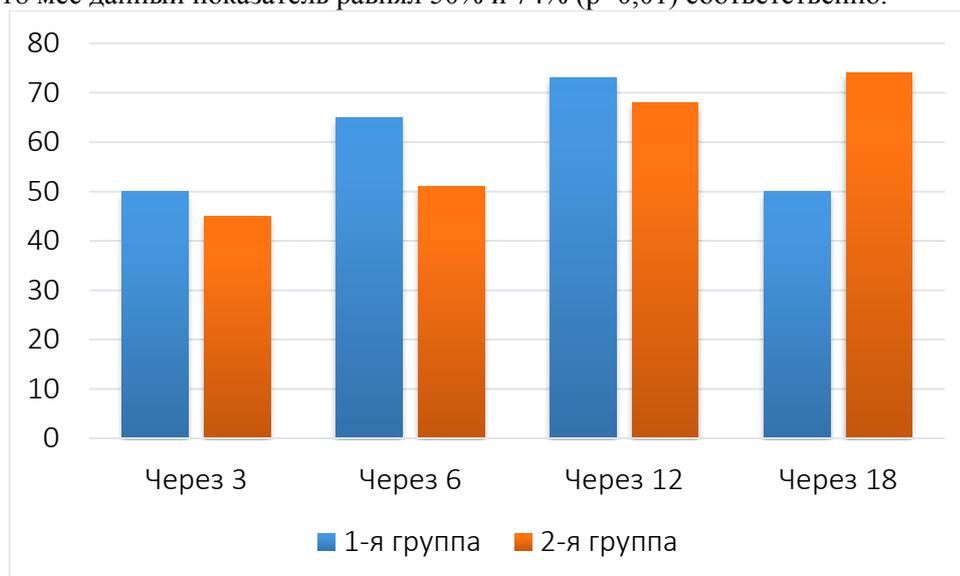


Рисунок 4. Количество снижения избыточной массы через 3, 6, 12, 18 месяцев

При оценке качества жизни выявлено, что существенное снижение проявлений, сопутствующих (рефлюкс-эзофагита, гипертонии, сахарного диабета II типа, дислипидемии)

заболеваний после операции. Спустя 6 месяцев данное отмечено у 8(8%) больных первой группы и 11(11%) – второй, через 12 – у 12(12%) и 16(16%) соответственно, и через 18 – у 25(25%) и 37(37%) соответственно.

Результаты опросника BAROS показали, что спустя 3 месяца неудовлетворительный результат составил 20(20%) – группы сравнения и 50(50%) – основной. При этом удовлетворительный балл отмечен у 50(50%) и 40(40%) соответственно, хороший – 20(20%) и 10(10%) соответственно. Отличный результат регистрировался у 10(10%) пациентов первой группы (рис. 5).

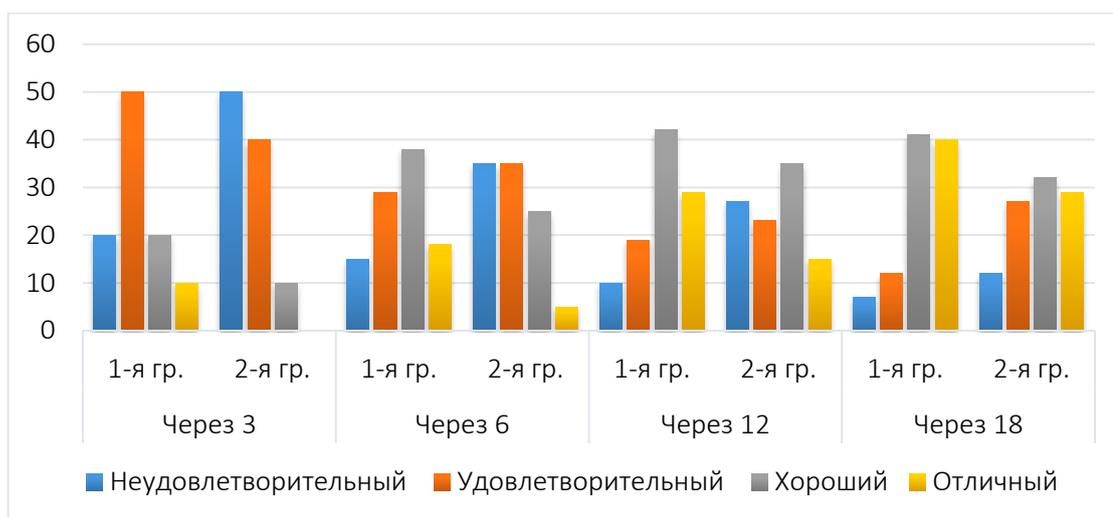


Рисунок 5. Данные опросника BAROS

Спустя 6 месяце результат (неудовлетворительный, удовлетворительный, хороший, отличный) опросника BAROS в первой группе составил 15(15%), 29(29%), 38(38%), 18(18%), а во второй – 35(35%), 35(35%), 25(25%), 5(5%).

Через год оперативной терапии неудовлетворительный результат BAROS составил 10(10%) и 27(27%) в первой и второй группах, удовлетворительный – 19(19%) и 23(23%), хороший – 42(42%) и 35(35%), отличный – 29(29%) и 15(15%) соответственно.

После 18 месяцев бариатрического лечения опросник BAROS группы сравнения показал, что неудовлетворительный балл составил 7(7%), удовлетворительный – 12(12%), хороший – 41(41%), отличный – 40(40%). В основной группе данные показатели равняли 12(12%), 27(27%), 32(32%) и 29(29%) соответственно.

Итак, при сравнении первой и второй групп выявлено, что объем кровопотери у пациентов основной группы превышал группу сравнения в 3 раза ($p=0,01$). Время операции было при выполнении МГБ было длиннее вмешательства ЛПРЖ на 57,6 % ($p=0,01$).

Количество интраоперационных, ранних и близких послеоперационных осложнений во второй группе было больше первой группы в 2,3 раза, 1,8 раз и 4,4 раза ($p=0,01$). По классификации Clavien-Dindo, степень серьезности у пациентов основной группы была выше группы сравнения по Clavien I в 1,7 раз ($p=0,01$), II – в 3,2 раза ($p=0,01$), IIIa – а 5,1 раз ($p=0,01$), IIIb – в 8,1 раз ($p=0,01$), и IV – в 1,1 раз ($p=0,01$).

Оценка процента снижения избыточного веса показало, что у пациентов второй группы значение данного параметра превышало первую спустя 3 мес на 10,5 % ($p=0,01$), через 6 мес – на 12,8 % ($p=0,01$), через год – на 11,2 % ($p=0,01$), и через 18 мес – на 13,5 % ($p=0,01$).

При оценке качества жизни по опроснику BAROS выявлено, что процент неудовлетворительного результата был достоверно повышен у больных основной группы относительно группы сравнения, а удовлетворительного, хорошего, отличного – ниже на протяжении всего периода наблюдения (рис. 5).

Вывод

Выполнение лапароскопической продольной резекции желудка у пациентов с ожирением оказывается более оптимальное и эффективнее при сравнении с минигастрошунтированием в ранних после операционном периоде.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Лерман О.В., Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю. Медикаментозное лечение ожирения: особенности врачебных назначений, информированность, приверженность и отношение больных к лекарственной терапии ожирения //Клиницист. 2019. Т. 13. № 1-2. С. 27-33.
2. Мустафина С.В., Малютина С.К., Рымар О.Д., Щербакова Л.В., Bobak M., Воевода М.И. Эпидемиология ожирения и развитие нарушений углеводного обмена, по данным проспективного исследования в Сибири. //Ожирение и метаболизм. 2015; 12(4):14-28. <https://doi.org/10.14341/omet2015414-28>
3. Chooi Y.C., Ding C., Magkos F. The epidemiology of obesity. //Metabolism. 2019 Mar; 92: 6-10. doi: 10.1016/j.metabol.2018.09.005. Epub 2018 Sep 22. PMID: 30253139.
4. Вейцман И.А., Кузьмина А.Д., Андриенко А.В., Белов М.А. Ожирение: перспективные патогенетические направления лечения ожирения (обзор литературы) //Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. 2020. № 1. С. 168-171.
5. Семикова Г.В., Мозгунова В.С., Остроухова Е.Н., Арефьева А.Н., Волкова А.Р. Ожирение: современные рекомендации по лечению, роль бариатрической хирургии //Вестник терапевта. 2021. № 2 (49). С. 16-29.
6. Несват В.А. Проблема ожирения и индивидуально - психологические особенности больных ожирением //Новая наука: От идеи к результату. 2016. № 2-3. С. 61-64.
7. Сахипов М.А., Пономарев Д.Н., Суслов Н.С., Гараев А.Т., Соцков А.Ю. Методы оперативных вмешательств в бариатрической хирургии //Научный Лидер. 2022. № 4 (49). С. 77-80.

Поступила 10.01.2023

