

136.10 летние результаты продольной резекции желудка с дуодено-еюнальным шунтированием

Семенов Е.Е., Тимербулатов В.М., Гарипов Р.М., Сагитов Р.Б., Акубеков Л.Л., Семенова В.В., Шафиков Д.Б.

Уфа

ГБУЗ МЗ РБ "Больница Скорой медицинской помощи г.Уфы"

Введение. С 2005 года нашей клинике производятся шунтирующие операции (ГШ в модификации Capella с 2005 года, с 2006 г. БПШ в модификации Hess-Marceau, с 2007 года продольную резекцию желудка с дуодено-еюнальным шунтированием (SG-DJBP) (Е.Е. Семёнов, В.М. Тимербулатов - патент на изобретение №2341209 от 27.09.2007)).
Материалы и методы. Представлены результаты 16 операций SG-DJBP, выполненных в период с апреля 2005 года по декабрь 2015 года. Во всех случаях производилась верхняя срединная лапаротомия, в 3 случаях произведена лапароскопическая мобилизация большой кривизны желудка. Средний возраст составил $38,2 \pm 7,5$ (29-55) лет, средний вес $123,0 \pm 15,4$ kg (111-159), средний ИМТ= $46,0 \pm 6,7$ kg/m²(38,9-59,8). 4 случая - алиментарная петля (AL)-100 см, билиопанкреатическая петля (BL)-60 см; 9 случаях AL-180 см, AL BL-70 см, 3 случаях AL-200 см, BL-70 см. 4 пациентам наложен дополнительно бандаж на с/з тела желудка для усиления рестриктивного компонента. У 1 пациенток был сахарный диабет 2 типа. У 5 - нарушение углеводного обмена. Всем пациентам назначалась пожизненная заместительная терапия, употребления белка не менее 90 г в сутки. В контрольные сроки (1,3,6,12,24 и 36 месяцев) проводили лабораторные исследования и R-графия желудка в 12, 24 и 36 месяцев. **Результаты.** Все пациенты операцию перенесли хорошо. Больные выписаны на 6-7 сутки после операции (в 1 случаях более длительные сроки - ОПН на фоне рабдомиоза). Через 12 ± 3 месяцев $53,6 \pm 11,7$, через 24 ± 3 месяцев $68,8 \pm 8,8\%$, через 60 ± 6 месяцев $56,2 \pm 8,8\%$, 84 ± 6 месяцев $66,9\%$, 120 ± 6 месяцев $66,4 \pm 14,7$. Причём у 5 пациенток с бандажем на культе желудка через 12 месяцев %EWL = 61,5%, а у 11 пациенток без бандажа %EWL = 51,7%. Максимальным этот показатель был у пациентки с бандажем через 18 месяцам и составлял 74,8%. У одной пациентки максимальным показатель через 12 месяцев составил 94,5%, при

AL-200 см, BL-70 см. Данный показатель был достигнут с дополнительными интенсивными физическими нагрузками. Стабилизация массы тела происходила к 18-24 месяцам, в среднем составил 85 кг. К 36 месяцам отмечается тенденция к набору веса на 3-8 кг, до 28 кг у одной пациентки. У этих пациенток при R-графии выявлено расширение пищевода. Выявлено увеличение потребления пищи калорийностью от 2500 до 3500 ккал, а также игнорирование рекомендаций по физической нагрузке. По лабораторным показателям анемии, гипопротеинемии не наблюдалось. Отмечалось понижение уровня холестеринов низкой и очень низкой плотности, триглицеридов, с повышением уровня холестерина высокой плотности. Компенсировался нарушенный углеводный обмен у пациентки с сахарным диабетом 2 типа. До операции: Вес: 107 (117)кг. Рост: 161 см. ИМТ= 41,3 кг/м², через 5 года вес 75 кг, ИМТ= 28,9 кг/м², %EWL=65,4%. Уже с первой недели отмечалась нормализация уровня сахара в крови. Через 5 лет сахар крови 3,9 ммоль/л (был 9,1 ммоль/л), HbA1c 4,1% (был 8,8%), инсулин 16 мкЕд/мл (был 43,5 мкЕд/мл), С-пептид 2,6 нг/мл (был 40,5 нг/мл), АСТ- был 94 Е/л, стал- 22,8 Е/л, АЛТ- 146,5 Е/л стал- 21,0 Е/л, хол. был 5,3 ммоль/л, стал 4,3 ммоль/л. У всех пациенток с гипертонической болезнью снизилось артериальное давление. Устранилась дисменорея с нормализацией менструального цикла. 12 пациентов не принимала регулярно препараты кальция, признаков остеопороза не выявлено, уровень кальция в пределах нормы. 4 пациенткам произведена абдоминопластика. Одной пациентке через 3 года в связи с не удовлетворительным результатом по снижения массы тела произведена повторная операция по уменьшению общей петли. Исходный вес был 148 кг, ИМТ= 50,6 кг/м², снижала вес максимально до 118 кг, через года 122 кг. Через 3 года после операции по уменьшению общей петли вес снизился до 92 кг. Присоединились побочные эффекты характерные для БПШ (частый жидкий стул, анемия, метеоризм). Данная пациентка не соблюдает рекомендации по двигательной активности и калорийности питания. Обсуждение. Положительные моменты SG-DJBP в том, что меньше метаболических нарушений, нет белковой недостаточности, нет диареи, нет анемии. Однако более ранняя стабилизация массы тела и недостаточное снижение массы тела у пациентов с ИМТ>50 кг/м², говорит о недостаточной эффективности продольной резекции желудка и шунтирующего компонента. При ИМТ>50 кг/м² предпочтительней выбирать БПШ. M. Gagner в статье: «Laparoscopic Sleeve Gastrectomy with Duodenojejunal Bypass for Severe Obesity and/or Type

2 Diabetes My Not Reguire Duodenojejunal Bypass Initially» (Obes Surg. 2010; 20:1323-1324), говорит о возможном недостаточном снижении массы тела и влиянию на углеводный обмен при сахарном диабете. Считает, целесообразным проведение первичной продольной резекции, а в последующем при недостаточном снижения массы тела и компенсации углеводного обмена, проведение шунтирующего компонента. В марте 2017 года Касама из Японии в журнале Obesity Surgery (Obes Surg. 2017; Volume 27, pp 795–801) опубликовал 5 летние результаты операции SG-DJBP у 120 пациентов с сахарным диабетом. Средний процент от общей потери массы тела (% TWL) был 28,9, 28,6, и 30,7% через 1, 3 и 5 лет, соответственно. Ремиссия СД2 была достигнута в 63,6, 55,3 и 63,6% через 1, 3 и 5 лет, соответственно. Среди тех, кто достиг ремиссии диабета в течение 1 года, 10,8% из них испытывали рецидив в течение последующего периода наблюдения. Хотя рецидив СД2 наблюдается у некоторых пациентов с течением времени, LSG-DJB эффективная процедура для достижения значительной потери веса и улучшение гликемического контроля. Заключение. SG-DJBP эффективная операция, дающая значимое снижение массы тела и не имеет тяжелых осложнений как при БПШ, есть возможность эндоскопического контроля. Данная операция имеет хорошие, стойкие результаты в плане нарушений углеводного обмена и при сахарном диабете. Может применяться при сахарном диабете 2 типа с ИМТ менее 35 кг/м².

137. Возможность применения двухкомпонентного биологического клея в лечении свищевой прямой кишки

Фролов С.А., Кузьминов А.М., Королик В.Ю., Минбаев Ш.Т., Богорюстров И.С., Черножукова М.О., Ким Е.В.

Москва

ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» МЗ России

Актуальность: Малые сроки реабилитации пациентов и сохранение функция держания являются приоритетными задачами в лечении свищевой прямой кишки. Материал и методы:

Предлагаемый метод включает два этапа. В первом этапе лечения производится выжигание стенок свищевого хода при помощи радиоволновой коагуляции. Следующим этапом выполняется обработка послеоперационного раневого канала растворами антисептиков и пломбировка фибриновым kleem. При введении фибринового kleя в ложе свищевого хода в течение 30-60 секунд происходит формирование фибринового сгустка, на который одновременно воздействуютфибробласты и плюрипотентные клетки, которые вызывают активацию синтеза коллагена. Одновременно с этим под воздействием фермента плазмина происходит процесс фибринолиза сгустка с формированием коллагена. В исследование были включены пациенты без острых воспалительных изменений параректальной клетчатки и выраженного рубцового процесса в области внутреннего свищевого отверстия. Согласно данным критериям количество пациентов, оперированных по данной методике, составило 14 человек с транссфинктерными свищами. До и после лечения пациентам проводилось комплексное обследование. Результаты. Методика относится к малоинвазивным, проводится под местной анестезией, а время оперативного вмешательства колеблется от 12 до 26 минут. Интраоперационных осложнений не отмечено. Малотравматичность метода обуславливает низкий болевой синдром в послеоперационном периоде (1 балл по визуально-аналоговой шкале боли). В отдаленном периоде в сроки до 5 месяцев диагностированы рецидивы заболевания у 3 (21,4%) пациентов, что потребовало повторного хирургического вмешательства. Одному (7,14%) пациенту произведена сегментарная проктопластика, двум (14,28%) пациентам произведены повторные оперативные вмешательства по предложенной методике. Рецидивов впоследствии отмечено не было. Всем пациентам выполнялось ФЗАПК через 3 месяца после операции, при оценке функции держания анального сфинктера нарушений не выявлено. Выводы: Преимущество использования фибринового kleя заключается в максимальной физиологичности и отсутствии повреждающего действия на ткани, что делает данную методику сфинктеросохраняющей. Применение двухкомпонентного биологического клея в конечном итоге позволило достичь полного выздоровления у 93% пациентов с транссфинктерными свищами прямой кишки. Стоит отметить необходимость строгого отбора пациентов с транссфинктерными свищами и комплексного предоперационного обследования для эффективного использования методики.