



Dr. med. Barna BOLDOG

FMH Chirurgie
Spezialarzt Viszerale Chirurgie
Spezialarzt Bariatrische Chirurgie
Spezialarzt Allgemein- und Unfallchirurgie



Лапароскопическая операция по шунтированию желудка

Уважаемая пациентка! Уважаемый пациент!

Вводная информация

Повышенный избыточный вес также называют Adipositas per magna (ожирение). Операция по шунтированию желудка разработана еще в шестидесятые годы. В настоящее время это наиболее известная и частая операция, которую проводят при ожирении.

В ходе операции желудок разделяют на две неравные части, образуя сверху небольшой карман. Этот желудочный карман служит для ограничения приема пищи (является ограничителем). Благодаря более умеренному питанию малый желудочный карман растягивается и чувство насыщения приходит быстрее. По сравнению с бандажированием желудка, пищевая масса при шунтировании изменяет свой ход (шунтирование = обходной путь). Для этого тонкую кишку отделяют от двенадцатиперстной и пришивают в качестве перемычки к маленькому желудочному карману. Затем обе петли тонкой кишки снова объединяются, так что содержимое желудка идет по обходному пути. Это служит временному разделению содержимого желудка и пищеварительных соков.

Панкреатический секрет или желудочные соки (т.н. пищеварительные соки) образуются в печени и поджелудочной железе и попадают в двенадцатиперстную кишку, где смешиваются с желудочными соками и иными веществами, поступающими из других частей пищеварительной системы. Отсюда пищеварительные соки поступают в тонкий кишечник, через нижний стык которого они начинают взаимодействовать с пищевой массой желудка. Помимо ограничительной функции происходит мальабсорбция (сокращенное или позднее переваривание пищи), что в итоге приводит к большей потере веса, чем при применении бандажирования.

Риски, связанные с этим заболеванием

Пациенты с лишним весом подвержены повышенному риску различных заболеваний, например, гипертонии, сахарному диабету, инфаркту, сердечной недостаточности, артропатии, мочекаменной болезни и болезням вен. Средняя продолжительность Вашей жизни напрямую зависит от влияния ожирения и его последствий.

Условия:

Пациент с ожирением должен иметь индекс массы тела (ИМТ) от 35 кг/м или выше. Многие лица, страдающие от ожирения, имеют сопутствующие заболевания - диабет, гиперлипидемию, гипертонию. Есть дополнительная классификация наиболее известных нарушений пищевого поведения: Big Eater (большой едок, много ест), Binge Eater (временные ограниченные приступы пищевого расстройства с потерей контроля), Sweet Eater (сладкоежка, много сладостей, калорийная пища с высокой жирностью), Fat Eater (рацион с повышенной жирностью). Лучше всего шунтирование желудка подходит для категорий Binge Eater, Sweet Eater и Fat Eater. Пациент должен в течение 2 лет проходить консервативную терапию (без операций),

включающую подбор диеты, поведенческую терапию и лечебную физкультуру, направленную на снижение веса. К сожалению, консервативная терапия часто не дает долгосрочных результатов (т.е. тех результатов, эффект от которых сохраняется в течение нескольких лет).

Перед операцией проводятся следующие исследования: Часто пациентов к нам направляют на хирургию при ожирении. Я консультирую пациентов по всему циклу лечения, до, во время и после операции. Дальнейшее обследование проводит специалист-терапевт (курс обследований при ожирении). Консультация по вопросам питания оказывает положительное действие уже до операции. Консультация у психиатра прежде всего нужна в тех случаях, когда уже имеются предшествующие психические проблемы. Перед операцией также проводится гастроскопия и УЗИ желчного пузыря. После операции по шунтированию желудка нижняя часть желудка больше не будет доступна для гастроскопии, поэтому очень важно исключить всевозможные заболевания в этой области. Предшествующие болезни желудка (например, язва, бактериальные поражения *Helicobacter pylori*, могут быть устранены до операции. УЗИ необходимо для исключения присутствия камней в желчном пузыре и для определения размера печени.

Известно, что при резкой потере лишнего веса образуются камни в желчном пузыре; они могут вызвать определенные жалобы. Сейчас я рекомендую одновременное удаление желчного пузыря, если в нем присутствуют камни. Стоимость операции по шунтированию желудка при определенных условиях может быть оплачена за счет медицинского страхования.

Варианты лечения

Диета, физические упражнения, медикаменты и иные виды лечения доступны при ожирении. Операция показана при безуспешном применении этих методов и в случае значительного риска ожирения для здоровья пациента. У пациентов с повышенным уровнем ожирения, с нарушениями пищевого поведения, пищевыми атаками возможно проведение шунтирования желудка.

Принцип действия центрального шунтирования желудка

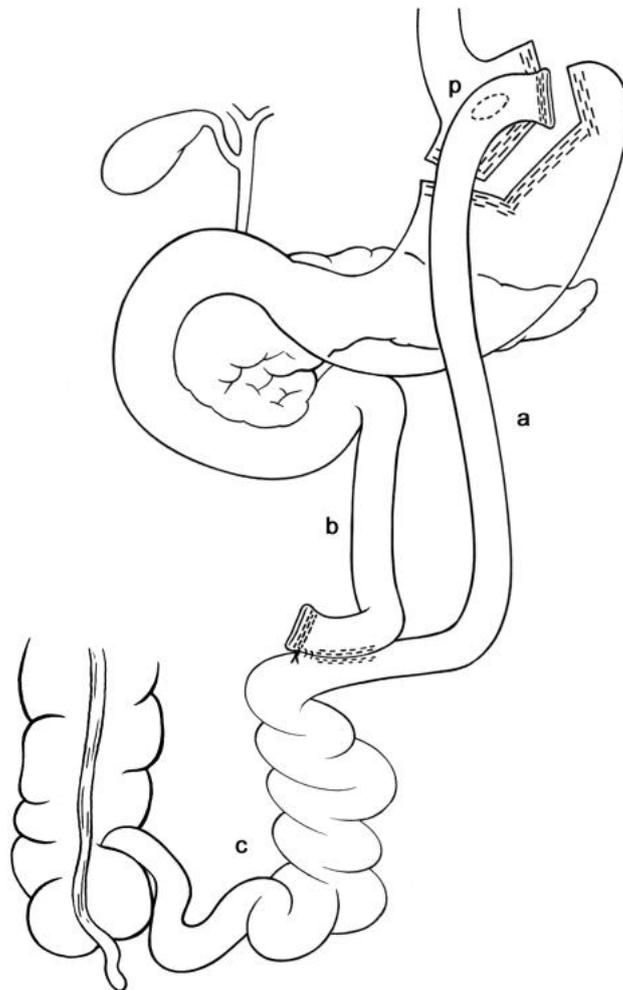
Желудок разделяется по верхней области и тем самым становится меньше. Оставшийся объем желудка составляет около 25 мл (3-4 столовых ложки). Благодаря этому пациент больше не может принимать объемные массы еды за один раз. В итоге благодаря подъему петли тонкой кишки и ее присоединению к получившемуся преджелудку обеспечивается отток пищи из желудка в кишечник. Пищевая масса попадает в двенадцатиперстную кишку (шунтирование желудка), так что необходимые для переваривания ферменты и энзимы намного позже вступают в реакцию с пищевой массой. Пища проходит по кишечнику после желудка по отдельной петле около 1,5 метров, прежде чем ферменты и энзимы снова вступают в контакт с пищевой массой. Таким образом, собственно пищеварение происходит позже - в тонком кишечнике. Средняя длина тонкого кишечника составляет около пяти метров. После операции полное переваривание пищи и всасывание в кровь питательных веществ возможно только в нижнем отделе кишечника.

Технология операции

В ходе лапароскопической операции троакары и камеру вводят в верхний отдел брюшной полости через 4-6 маленьких разрезов. Через троакары в брюшную полость вводят длинные и тонкие инструменты. Желудок и тонкую кишку подвергают



шунтированию. Затем петля тонкой кишки присоединяется к уменьшенному желудочному карману, и тонкая кишка пришивается к нему в форме буквы «у».



Преимущества данного метода

Лапароскопическое шунтирование желудка - это известная и очень эффективная операция, проводимая с целью контроля пищевого поведения. Пациенты могут эффективно контролировать свой вес, используя комбинированный принцип действия (уменьшение желудка, ограничительный компонент) и шунтирование желудка (мальабсорбционный компонент).

Недостатки данного метода

Это технически сложная операция, которая предполагает работу со множеством швов и разделение желудка с выводом желудочного кармана в верхней части. Эта область желудка является труднодоступной даже у худых пациентов, и доступ к ней осложнен у пациентов с лишним весом. После операции существует вероятность временного дефицита железа, витаминов В, D и кальция. Недостаток этих элементов должен быть возмещен. Около 20% пациентов испытывают демпинг-синдром после проведения операции. Эта неприятная реакция наступает в том случае, когда пациенты в какой-либо форме принимают сахар. Сахар очень быстро попадает в тонкий кишечник и связывает в нем воду. Из-за этого вода покидает кровообращение, что вызывает состояния от головокружения до потери сознания, тошноты, рвоты и озноба. Эти симптомы со временем исчезают. Поначалу плохо переваренная пища в толстом кишечнике может вызвать поносы, как, например, при приеме медикамента

Xenical®; это происходит из-за того, что неполностью переваренные жиры вызывают так называемые жировые испражнения и поносы. Операция по шунтированию желудка необратима. Кроме того, эндоскопическое обследование будет невозможно для перекрытой части желудка и двенадцатиперстной кишки с устьем и выходом к желчным путям.

Снижение веса

Пациенты с проксимальным шунтированием желудка могут, как правило, устранить 60-90% лишнего веса. В течение первого года после операции следует рассчитывать на наибольшее снижение веса, а потом кривая потери веса стабилизируется.

Наркоз

Эта лапароскопическая операция проводится под общим наркозом.

Непредвиденные отклонения от хода операции

Операция начинается с лапароскопии. Если в ходе лапароскопии будут выявлены факты, делающие такую операцию невозможной, то операция может быть прервана и остановлена досрочно.

Это происходит в следующих ситуациях:

Печень с признаками цирроза, чаще всего вызванного многолетним ожирением.

В этом случае проводится биопсия тканей печени, а хирургическое вмешательство прерывается. Операция по шунтированию желудка у пациентов с циррозом печени опасна и может привести к летальному исходу.

Жировые массы в области живота мешают экспозиции и не дают доступа к внутренним органам.

В этом случае операция прерывается. Мы рекомендуем консервативное снижение веса

на 10-15 кг с последующим проведением операции. Чаще всего после снижения веса на этот порядок операция в конечном итоге становится возможной.

Возможные осложнения

Успех и отсутствие рисков в ходе действий врача не могут быть гарантированы, однако сегодня общие осложнения после операций, такие как инфекции (воспаление легких), тромбоз вен (чрезмерная коагуляция) и легочные эмболии (закупорка сосудов вследствие эмболии), являются крайне редкими, так как в ходе пребывания в госпитале проводится полное предоперационное исследование и профилактические мероприятия. Однако у пациентов с лишним весом имеется повышенный риск глубокого тромбоза вен нижних конечностей и легочной эмболии по сравнению с пациентами, не страдающими от ожирения. Повреждения органов и кровеносных сосудов сведены к минимуму вследствие применения стандартизированной операционной техники. К тому же, сегодня возможно быстрое и надежное лечение таких проблем. Редкое, но при этом более тяжелое осложнение - это возможное травмирование желудка или стенок пищевода. Оно может привести к перитониту и абсцессу. В большинстве таких случаев необходима немедленная операция для предотвращения негативных результатов. При подготовке желудка к операции из-за узкого анатомического прилегания очень редко могут наблюдаться травмы селезенки; такие повреждения селезенки чаще всего приводят к сильным кровотечениям. Если такое кровотечение селезенки не может быть купировано, то принимается решение об удалении селезенки. Новые связи между желудком и тонким кишечником, а также между тонкой кишкой и тонкой кишкой (петля) могут оказаться неплотными. В этом случае содержимое кишечника также может попасть в брюшную полость и вызвать перитонит.

Если операция проводится открыто, то есть если брюшная полость раскрывается



большим разрезом, то сохраняется риск раневой инфекции (15%) и послеоперационной грыжи (25%). В долгосрочной перспективе после каждой операции в брюшной полости могут образоваться спайки/защемления, которые, в свою очередь, могут привести к кишечной непроходимости. Это является показанием к повторной операции. Также в долгосрочной перспективе возможно появление хронических состояний дефицита веса с чрезмерной потерей лишнего веса, что требует коррекции длины бедра (в ходе отдельной операции). Пациенты с показанием к хирургическому вмешательству для коррекции лишнего веса должны быть уведомлены о том, что в каждом индивидуальном случае такое похудание проходит по-разному. В состоянии пациента могут появиться осложнения, возможно проведение дополнительных операций, как направленных на коррекцию осложнений, так и на устранение недостаточной потери лишнего веса после первой операции. Риск смертности составляет от 1/900 до 1/1200 операций. Из этой статистики исключаются все пациенты с весом более 200 кг или с выраженными болезнями сердца. Этот рейтинг, в свою очередь, ниже вероятности смерти вследствие 5-летнего отсутствия лечения при лишнем весе.

Послеоперационный уход

Пациенты с шунтированием желудка требуют пожизненного и поначалу постоянного ухода (каждые 4 недели в начальной фазе быстрой потери лишнего веса). Вместе с осуществляющим послеоперационный контроль врачом следует определить показатели анализов крови, способствующие ранней диагностике и предупреждающей коррекции.

Прогноз

Снижение веса после данной операции составляет 60-90% лишнего веса.

Примерная длительность госпитализации

Пациенты в случае отсутствия осложнений, как правило, выписываются из госпиталя в течение 5 дней после операции.

