

Бариатрическая хирургия

Тамбовский государственный университет имени Г.Р. Державина

ЭТИМОЛОГИЯ

Бариатрическая хирургия – это раздел хирургии по лечению ожирения и его последствий.

Суть этого раздела хирургии заключается в изменении пищеварительной системы пациента так, чтобы его организм потреблял меньше энергии из пищи.

Свое начало бариатрическая хирургия получила в середине 60-ых годов XX века. Тогда совершенно случайно была изобретена первая бариатрическая операция – гастрощунтирование (байпас).

**WHY
YOU'RE NOT
LOSING
WEIGHT**



Показания к бариатрической хирургии

- 1) У пациентов с ожирением с ИМТ 40 кг/м^2 или более;
- 2) Если человек страдает от осложнений, связанных с большим весом, сопутствующей патологии (ИМТ не менее 35 кг/м^2);
- 3) Безрезультатное традиционное лечение ожирения.

Недостатки бариатрической хирургии

1. Необходимость последующей пластической операции для устранения обвисшей кожи;
2. Недостаточное количество витаминов и минералов, поступающих в организм, результатом чего могут быть довольно серьезные проблемы со здоровьем, например, анемия;
3. Необходимость регулярного обследования у врача.



Противопоказания

Абсолютные:

- тяжёлые психические расстройства (в том числе компульсивное обжорство)
- алкогольная и наркотическая зависимость
- высокий операционный риск
- беременность

Относительные:

- наличие в анамнезе операций по пересадке органов
- наличие в организме неопластических процессов (на фоне злокачественных заболеваний)
- хроническая почечная недостаточность
- цирроз печени



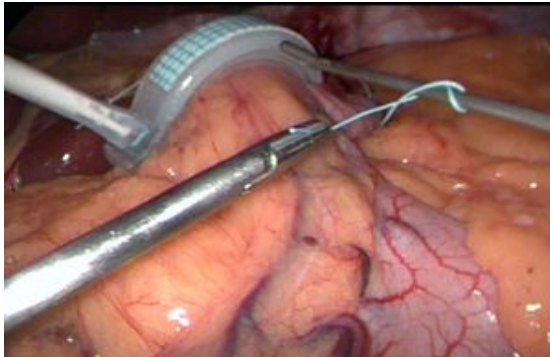
Методы

На сегодня можно выделить 4 основных метода хирургического лечения:

- 1) Операции, направленные на уменьшение площади всасывающей поверхности кишечника (шунтирующие операции - еюноилеошунтирование).
- 2) Операции, направленные на уменьшение всасывающей поверхности желудка - гастрешунтирование.
- 3) Операции, направленные на значительное уменьшение объема желудка - гастрорестриктивные.
- 4) Комбинированные вмешательства, сочетающие рестриктивные и шунтирующие операции.

Бандажирование желудка

- Лапароскопический регулируемый желудочный бандаж - это тип бариатрической операции, предусматривающий размещение силиконовой ленты вокруг верхней части желудка, чтобы уменьшить размер желудка и снизить потребление пищи.



банадажирование желудка



Преимущества

- Малая инвазивность и травматичность операции — часто пациента выписывают уже в день процедуры.
- Относительно быстрое восстановление — строгую диету следует соблюдать буквально пару недель.
- Полная обратимость — убрать бандаж можно в любое время. Процедура такая же, как и при его установке.
- Меньшая вероятность раневых инфекций и грыж после операции.
- Нет мальабсорбции (потери усвоения питательных веществ). Поэтому не требуется постоянного дополнительного употребления витаминов и минералов, а также можно использовать таблетированные анальгетики и оральные контрацептивы.
- Возможность отрегулировать полосу. Бандаж можно затянуть или ослабить, например, если потеря веса недостаточна или, наоборот возникает рвота после еды.
-

Недостатки

- Риски, связанные с наличием желудочного бандажа
- Потеря веса при бандаже менее значительная и проходит медленнее по сравнению с другими видами бариатрической хирургии.
- Повязка может скользить, иметь механические проблемы или она может разрушиться, требуя удаления.
- Бандаж может нарушать кровообращение в стенке желудка, что приводит к постепенному развитию пролежня.
- Порт может сместиться, что потребует дополнительной операции. По статистике она требуется 15-30 % процентам пациентов.
- Есть определенные ограничения на занятия спортом.

Проведение операции

- Введение регулируемого желудочного бандажа обычно осуществляется с помощью лапароскопического доступа. В брюшной полости делают пять или шесть небольших разрезов, чтобы ввести камеру и инструменты. Регулируемый желудочный бандаж располагают на верхнем конце желудка.
- Как только бандаж установлен на место, соединительная трубка и порт доступа вставляются и крепятся к верхней брюшной стенке. Все разрезы окончательно закрывают с помощью рассасывающихся швов, которые не нужно удалять.

Желудочное шунтирование

- Это операция по уменьшению желудка. В верхней его части создается небольшой мешочек, вмещающий необходимый минимум еды (примерно 30 мл. В организм попадает меньше калорий, начинается расход уже накопленного жира, вес снижается.
- Назначается шунтирование только в крайних случаях, когда имеет место быть тяжелая стадия ожирения, и человек уже не может похудеть естественным путем. Обычно пациенты в таком состоянии имеют массу серьезных проблем со здоровьем, и оперативное лечение им жизненно необходимо.
- Шунтирование является полноценным инвазивным вмешательством со всеми возможными негативными последствиями. К тому же, после его проведения организм вынужден работать в неестественном для него режиме. Поэтому без острой необходимости, например, просто для быстрого похудения, такая процедура не проводится.



Как выполняется шунтирование желудка

- Пациенту под общим наркозом вводят малоинвазивным способом титановые скрепки, которыми прошивается желудок по линии разделения его на рабочую и обходную части. После этого формируют анастомоз, соединяющий верхнюю часть желудка с тонкой кишкой. Для проведения всей процедуры необходимо от 4 до 6 небольших надрезов. Во время ведения операции на мониторе визуализируются все манипуляции.
- После операции у пациента резко снижается уровень аппетита, как результат его порции существенно сократятся. На некоторое время может возникнуть даже отвращение к еде. Первый год после проведения шунтирования женщинам противопоказано, и практически невозможно забеременеть. В дальнейшем пациентка может забеременеть, выносить и родить ребенка без особых осложнений.

Принцип действия:

- Рукавная гастропластика (операция Слив) является исключительно рестриктивной, то есть создающей препятствие для прохождения пищи. Благодаря особым рецепторам, расположенным в пищеводе и реагирующим на повышение давления, при задержке пищи в процессе прохождения ее через узкую (1,5-2см в диаметре) желудочную трубку, центр насыщения мозга получает сигнал: «желудок заполнен»! В отличие от бандажирования желудка, пища не «застревает» над локальным сужением, а под воздействием перистальтики пищевода медленно движется по узкому желудочному «рукаву» и затем попадает в сохраненный антральный (нижний) отдел желудка. Далее пища порциями, через привратник, проходит в двенадцатиперстную кишку. Такой механизм задержки пищи является значительно более комфортным для пациента и обеспечивает более высокое качество жизни, чем при бандажировании желудка.

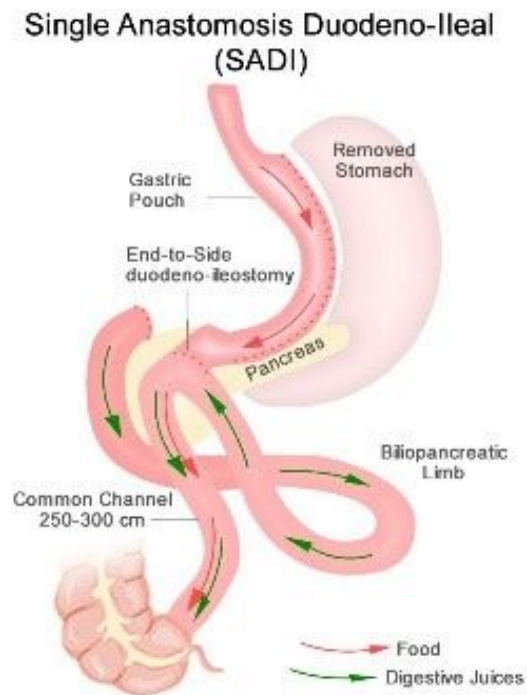
СУТЬ ОПЕРАЦИИ:

- Операция проводится под общим обезболиванием (наркозом) лапароскопическим доступом (без разрезов). В ходе операции пересекается (мобилизуется) вся связка по левой стороне желудка вплоть до диафрагмы. В просвет желудка через рот вводится специальный калибровочный зонд диаметром 1,5 см, который будет шаблоном при пересечении желудка. Далее, при помощи специального сшивающего аппарата, желудок разделяется на две неравные части: на так называемую желудочную трубку – остающаяся узкая часть желудка, формируемая вокруг калибровочного зонда, и большую удаляемую часть, которая составляет около 90% его первоначального объема. Резецированная часть желудка удаляется из брюшной полости через один из инструментальных проколов передней брюшной стенки.



Операция SADI

- Операция SADI работает благодаря двум известным принципам бариатрической хирургии: рестрикции (затруднение прохождения пищи через желудок) и мальабсорбции (уменьшению всасывания калорий в тонкой кишке). Причем, несмотря на то, что мальабсорбтивный компонент является основным в достижении лечебного эффекта операции, все же, по сравнению с первоначальными модификациями билиопанкреатического шунтирования, ограничение количества съедаемой пациентом пищи, играет при операции САДИ немаловажную роль. Таким образом, после данной операции нет возможности «есть без ограничений, и худеть», как говорилось ранее в отношении билиопанкреатического шунтирования.



- Операция SADI состоит из двух этапов. Сначала проводят **рукавную гастропластику** – резекцию желудка в продольном направлении с формированием узкой желудочной трубки, сохраняя привратник, выполняющий функцию физиологического порционного перехода пищи из желудка в кишечник. Затем переходят к **кишечному этапу**: двенадцатиперстная кишка пересекается тотчас ниже привратника. Тонкая кишка (точнее та ее часть, которая называется подвздошной кишкой) отмеряется на 2,5 метра от места ее соединения с толстой кишкой. В этом месте кишка **анастомозируется** (соединяется) с пересеченной ранее двенадцатиперстной кишкой. Таким образом, обеспечивается сброс желудочного содержимого, через привратник в тонкую кишку, в обход большей ее части. Операция САДИ относится к категории технически сложных и достаточно продолжительных вмешательств. Она назначается пациентам, имеющим сверхожирение. Учитывая, что такие пациенты имеют повышенный операционный риск, иногда приходится делать перерыв между первым и вторым этапами операции. Сначала проводят рукавную гастропластику, давая возможность пациенту похудеть за счет ее рестриктивного (сдерживающего) влияния. Когда желаемый эффект достигнут, операцию усиливают вторым, тонкокишечным этапом, включая мальабсорбтивные (ограничивающие всасывание) механизмы.

Спасибо за внимание!