

влиянием препарата на сердечно-сосудистые факторы риска.

С февраля 2003 года для оценки влияния снижения массы тела при применении сибутрамина на частоту приступов стенокардии, нарушений мозгового кровообращения и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний у больных ожирением и высоким риском сердечно-сосудистых событий стартовало исследование SCOUT (Sibutramine Cardiovascular Outcomes Trial). В исследовании участвуют 300 центров 17 стран мира и в него в течение 5 лет планируется включить 9000 пациентов. Это первое столь длительное исследование влияния снижения массы тела,

индуцированное сибутрамином, у пациентов с избыточной массой тела, ожирением и ССЗ на сердечно-сосудистые события.

«Несмотря на то, что связь между сердечно-сосудистыми заболеваниями и ожирением доказана, на сегодняшний день не существует ни одного исследования, в котором оценивается влияние длительного лечения ожирения на сердечно-сосудистые заболевания. Результаты исследования SCOUT предоставят нам ценнейшую информацию о том, как необходимо лечить больных ожирением и сердечно-сосудистыми заболеваниями», - сказал профессор P. James.

Профессор A. Sharma, завершая симпозиум, заключил: «Данные, представленные сегодня, сфокусированы на пользе, связанной с потерей веса при лечении сибутрамином (Меридиа), в отношении уменьшения сердечно-сосудистых факторов риска у больных ожирением. Мы надеемся, что исследование SCOUT позволит получить важные отдаленные данные по положительному влиянию снижения веса у пациентов с ожирением и избыточной массой тела на сердечно-сосудистые события».

С.А. Бутрова

III Российский симпозиум 1-2 июля, Санкт-Петербург

Хирургическое лечение ожирения и сопутствующих метаболических нарушений

В наши дни более 1 млрд. человек на планете имеют избыточный вес, из них 300 млн. страдают ожирением - по определению ВОЗ, неинфекционной эпидемией конца XX - начала XXI века. При наиболее тяжелых формах заболевания - морбидном ожирении (индекс массы тела > 40 кг/кв.м) - как правило, эффективны лишь хирургические методы лечения. В цивилизованных странах хирургия ожирения развивается быстрыми темпами. Достаточно сказать, что недавно бариатрическая хирургия была признана лидирующим направлением в хирургии США, где ежегодно выполняются свыше ста тысяч операций, направленных на снижение избыточной массы тела. И в России сегодня ожирение рассматривается не только как медицинская, но также как социальная и экономическая проблема государственного масштаба, однако хирургические методы лечения не получили пока должного распространения.

1-2 июля 2004 года в Санкт-Петербурге прошел Третий российский симпозиум «Хирургическое лечение ожирения и сопутствующих метаболических нарушений». Первый тематический симпозиум состоялся в 1999 году в Москве, второй - в 2002 г. в Железноводске. Наряду с увеличением числа участников, отрядно

то, что расширяется география регионов, где выполняются операции, направленные на снижение избыточного веса. Помимо Москвы и Санкт-Петербурга, сегодня - это Ставрополье, Самара, Пермь, Екатеринбург, Ростов-на-Дону, Уфа, Псков, Барнаул, Калининград, Хабаровск, Красноярск, Сургут, Южно-Сахалинск, и этот список можно будет продолжать. Вот уже много лет мы плодотворно сотрудничаем с украинскими коллегами. Нашими гостями были также специалисты из Узбекистана, Грузии, Израиля, США, Германии, Голландии. Созданная в 2000 году Межрегиональная общественная организация «Общество бариатрических хирургов» является коллективным членом Международной федерации хирургии ожирения (IFSO) - организации, созданной в 1996 году и насчитывающей сегодня 32 национальных сообщества.

Лечению ожирения с применением внутрижелудочных баллонов (ВВ) был посвящено отдельное заседание - Круглый стол, в котором приняли участие Д.С.Белков (Москва), А.С. Лаврик (Киев), В.О. Попов (Красноярск), И.Ю. Хатьков (Москва), Б.Ю. Цветков (Самара), Ю.И. Яшков (Москва). Отмечено, что лечение с применением ВВ оправдано лишь на начальных стадиях ожирения (ин-

декс МТ 30-40 кг/кв.м), а при морбидном ожирении, учитывая высокую вероятность рецидива заболевания, может рассматриваться лишь как первый этап лечения больных. Каким бы простым и привлекательным ни казался этот метод, он не может являться альтернативой более сложным видам хирургического лечения. Установка ВВ в качестве первого этапа лечения оправдана также у больных сверхожирением (ИМТ > 50) для снижения хирургического и анестезиологического риска. Методике бандажирования желудка было посвящено несколько выступлений (Ю.Л. Шевченко, М.С. Леонтьева, Н.М. Кузин и др.; А.С. Лаврик, А.С. Тывончук, А.Н. Бурый; И.Е. Хатьков, Е.Ю. Гурченкова, В.А. Романов). Показана необходимость соблюдения всех технических принципов при выполнении этой операции, что в конечном итоге, призвано снизить число осложнений (слипп-пад-ж-синдрома, эрозий манжеты в просвет желудка и др). Наши израильские коллеги (Л. Лантсберг, Е. Авиноах, Б. Кирштейн, С. Мизрахи) поделились своим опытом 2900 операций лапароскопического регулируемого бандажирования желудка, из которых 173 операции были сделаны в качестве повторных. В целом отдаленные результаты операции расценены как хорошие. Среди на-

блюдаемых осложнений частота слиппадж-синдрома составила 6,9%, другие осложнения наблюдались с частотой не более 1%, а необходимость удаления бандажей в отдаленные сроки возникла у 54 (1,8%) оперированных больных. Б.Ю. Цветков с соавт., несмотря на простоту выполнения этой операции в лапароскопическом варианте и ее эффективность у большинства оперированных пациентов, обратили внимание на достаточно высокую частоту отдаленных осложнений.

Среди рестриктивных операций на желудке с начала 90-х годов в России применяется также вертикальная гастропластика (ВГП). При достаточно хорошей потере массы тела в первые 2 года после этой операции немалая часть пациентов не удерживает достигнутого результата в сроки наблюдения после 5 лет (Ю.И. Яшков), что выдвигает значительные требования к отбору больных для данной операции. Первые наблюдения лапароскопических операций ВГП представили О.Э.Луцевич и Ю.И.Яшков, а также В.Н.Егиев, М.Н.Рудакова, Д.С.Белков (все из Москвы).

В течение последних 3 лет в стране начали применяться более сложные технологии, которые с одной стороны обеспечивают лучший и более устойчивый в долгосрочной перспективе результат, а с другой - дают пациентам возможность достаточно комфортно питаться. Число выполненных операций гастрощунтирования (ГШ) в России и Украине пока незначительно (А.С. Лаврик с соавт., Ю.И. Яшков; В.В. Дарвин и А.А. Ильканич; М.Н. Козлов, Б.Ю. Цветков, В.Е. Богданов, Д.Ю. Степанов), но результаты операции оптимистичны. Результаты значительной серии ГШ (216 открытых и 249 лапароскопических операций) представил Р. Датхаев (соавт. М.А. Снайдер, П. Сойяр) из США, где ГШ рассматривается как «золотой стандарт» в хирургии ожирения, и ежегодно выполняется свыше 100000 операций. Отмечена высокая эффективность ГШ при рефлюкс-эзофагите, сахарном диабете 2 типа, артериальной гипертензии, синдроме апноэ во время сна и других сопутствующих ожирению заболеваниях. Первую в России серию из 5 лапароскопических операций ГШ представили Б.Ю.Цветков с соавт. (Самара).

Достаточно перспективной для освоения в России является операция

билиопанкреатического шунтирования, впервые выполненная N. Scopinaro в 1976 году. Первые пока небольшие серии этой операции представили М.Н. Козлов и Б.Ю. Цветков с соавт. (Самара), Л.П. Котельникова и В.А.Черкасов (Пермь), К.Ю. Рагозин (Псков), Т.В. Русаева с соавт. (Тольятти). Лапароскопическую технику операции Scopinaro продемонстрировали О.Э. Луцевич, Ю.И. Яшков, С.А. Гордеев и Ю.А. Прохоров (Москва). Успешную серию из 19 операций БПШ с продольной резекцией желудка в модификации, предложенной D.S. Hess, D.W. Hess (1988) и P. Marceau (1990), представил Ю.И. Яшков (Москва). К преимуществам операции БПШ относятся стабильное и устойчивое в перспективе снижение массы тела, возможность питаться без ограничений, а также ее 100% эффективность при сахарном диабете 2 типа и гиперхолестеринемии.

Результаты собственных модификаций комбинированных операции (рестриктивные операции в сочетании с еюноилеошунтированием) продемонстрировали Е.В. Глебов с соавт. (Железноводск) и Е.В. Николаев с соавт. (Хабаровск). Вместе с тем, высказывались критические замечания по поводу операции еюноилеошунтирования — Россия является чуть ли не единственной страной в мире, где эта операция применяется до сих пор.

Одно из заседаний было посвящено эффективности бариатрических операций при метаболическом синдроме, а с программной лекцией на эту тему выступила Н.Е. Остроухова (Санкт-Петербург). В нескольких представленных докладах (В.М. Седов, Ю.И. Седлецкий, Л.В. Лебедев, К.К. Мирчук, А.Е. Неймарк) показана высокая эффективность операций еюноилеошунтирования и частичного илеошунтирования у больных, страдающих атерогенными дислипидемиями как сочетающимися с ожирением, так и без него. Указанные операции подтвердили гипохолестеринемический эффект в сроки наблюдения до 20 лет (К.К. Мирчук с соавт.). В докладе, сделанном А.Е. Неймарком (Санкт-Петербург), звучала мысль о целесообразности и перспективности выполнения шунтирующих операций на тонкой кишке у больных с метаболическим синдромом. В выступлениях подчеркивалась перспективность научных исследований различных аспектов метаболического

синдрома у больных, перенесших бариатрические операции.

Впервые на наших симпозиумах представлены исследования, посвященные оценке качества жизни больных, которое при морбидном ожирении оказалось сопоставимым с таковым при неизлечимых онкологических заболеваниях (Н.М. Кузин, Ю.Б. Майорова, С.Ф. Мазурова, М.С. Леонтьева). В исследованиях А.С.Тывончука и А.С.Лаврика (Киев) был использован наиболее современный универсальный метод оценки качества жизни больных, перенесших бариатрические операции — шкала Morehead — Ardelit II.

Почему бариатрическая хирургия в России развивается столь медленными темпами? Что мешает освоению в стране новых прогрессивных технологий? Об этом шла речь на Конференции Общества бариатрических хирургов. Сегодня все сходится во мнении, что ожирение — это болезнь. Поэтому хирургия ожирения не должна и не может рассматриваться как косметическая хирургия. До сих пор ни население, ни многие медики, ни организаторы здравоохранения в России не осознали, что морбидное ожирение — это хирургическое заболевание, и по-другому, как правило, пока не лечится во всем мире. До недавнего времени эта тема не фигурировала в вузовских программах по хирургии, а наши пациенты, многие из которых являются глубокими инвалидами, не могут сегодня рассчитывать на страховую медицину — такой статьи в ней просто не существует. Как бы ни была проста формула снижения избыточного веса «меньше ешь — больше двигайся», в реальной жизни она не работает. Особая специфика бариатрической хирургии состоит в том, что объектом нашего воздействия является не больной орган, а больной человек, и в результате операции у него есть все шансы стать здоровым и социально реабилитированным. К счастью, сегодня в нашей стране уже выполняются все виды бариатрических операций, в том числе с использованием малоинвазивных технологий, и по-видимому, за ними будущее в обозримой перспективе.

Очередной, четвертый российский симпозиум «Хирургическое лечение ожирения и сопутствующих метаболических нарушений» состоится в 2007 году в Москве.

Ю.И.Яшков