

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm01025&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 01025. Баріатрична хірургія (хірургічне лікування ожиріння)

Автор: Tuula Pekkarinen

Редактор оригінального тексту: Hanna Pelttari

Дата останнього оновлення: 2017-08-07

Основні положення

- Баріатричну хірургію можливо розглянути у пацієнтів зі значним ступенем ожиріння для підтримки зміни способу життя та вдосконалення результатів зниження ваги.
- Віддалені результати хірургічного лікування зазвичай значно кращі, ніж у випадку загальноприйнятого консервативного лікування.
- Найбільшими перевагами баріатричної хірургії є зменшення кількості пов'язаних з ожирінням захворювань та полегшення їх лікування, а також відчутне покращення якості життя.
- Найбільш поширеними методами є шунтування шлунку і рукавна резекція шлунку.
- Хірургічне лікування ожиріння може бути рекомендоване пацієнтам з індексом маси тіла (ІМТ) більшим за 40 кг/м^2 , за умови їх попередньої успішної участі у групових програмах зі зниження ваги (втрата більше 7% маси тіла).
- Хірургічне лікування ожиріння також може бути рекомендоване пацієнтам з ІМТ $35\text{--}40 \text{ кг/м}^2$, якщо ожиріння поєднується з діабетом 2 типу чи гіпертензією, тяжким нічним апное (потребує режиму штучної вентиляції легень з постійним позитивним тиском (CPAP-терапією) чи тяжкими захворюваннями опорно-рухового апарату.

Варіанти хірургічного лікування

Шунтування шлунку

- Найбільш поширений варіант баріатричних втручань.
- З процесу травлення вимикається майже весь шлунок, дванадцятипала кишка і близько 1 м проксимальної частини тонкого кишечника.
- Їжа рухається від верхньої частини шлунку безпосередньо до тонкого кишечника (оминаючи дванадцятипалу кишку), де змішується з жовчю і панкреатичним соком.
- Шунтування шлунку проводиться лапароскопічно, процедура триває близько 1,5 години, якщо оперує досвідчений хірург.
- Після операції не можуть проводитись звичайні ендоскопічні процедури чи дослідження шлунку з контрастом, дванадцятипалої кишки, жовчного міхура і панкреатичних протоків.
- Швидке надходження їжі до кишечника може прискорювати всмоктування вуглеводів і спричиняти значні зміни рівня глюкози в крові.

Рукавна резекція шлунку

- Даний вид баріатричних втручань стає більш поширеним.
- Проводиться лапароскопічно, видаляється велика частина шлунку. Відкриті вертикальні краї з'єднують з утворенням подібної на рукав трубки.
- Їжа природним шляхом проходить через шлунок у дванадцятипалу кишку.
- Залишається рукав шлунку об'ємом 100–200 мл, таким чином операція впливає лише на кількість їжі, що може бути спожита.
- Відомості щодо віддалених наслідків обмежені. Впродовж дворічного спостереження втрата ваги була такою ж суттєвою, як і після шунтування шлунку.

Бандажування шлунку

- Навколо верхньої частини шлунка встановлюють надувний силіконовий бандаж (завтовшки з палець) з рідиною. Бандаж містить з'єднувальну трубку, що сполучається з ін'єкційним портом (резервуаром) закріпленим на стінці черевної порожнини.
- Ступінь стискання бандажу регулюється шляхом збільшення чи зменшення об'єму рідини в резервуарі.
- Втрата ваги у віддаленому періоді значно нижча за таку при інших варіантах хірургічного лікування з залученням шлунку. Часто доводиться видаляти бандаж у зв'язку з ускладненнями.
- Зараз виконується рідко.

Критерії направлення на хірургічне лікування

- Вік пацієнта від 20 до 60 (іноді 65) років. Дані досліджень в бариатричній хірургії стосуються переважно цієї вікової групи. Верхній ліміт гнучкий і залежить від загального стану здоров'я пацієнта.
- До операції пацієнт успішно брав участь у групі з контролю ваги (вагу знижено > 7%), але результат був недостатнім відносно цільового показника або прогрес було втрачено після завершення лікування.
- ІМТ 40 кг/м²
 - Хірургічне лікування також може бути призначене пацієнтам з ІМТ 35–40 кг/м², коли ожиріння пов'язане з такими захворюваннями як:
 - діабет 2 типу
 - апное сну, що потребує CPAP-терапії
 - гіпертензія, що потребує лікування
 - тяжкі захворювання опорно-рухового апарату.
- Також пацієнт повинен бути спроможним змінити його/її харчові звички, як того вимагає операція, і психологічно адаптуватись до свого нового, зміненого вигляду. Пацієнт має реалістично оцінювати вплив, який чинитиме процедура на його організм.
- Загальний стан дозволяє провести хірургічне лікування.

Протипоказання

- Важкі розлади харчування
- Ожиріння, зумовлене надлишковим споживанням алкоголю.
- Серйозні захворювання із залученням різних органів та систем (наприклад, цироз печінки, захворювання, що підвищують ризик кровотечі або інфекційних ускладнень, серйозні захворювання серця).
- Захворювання верхніх відділів шлунково-кишкового тракту.
- Нестабільний психічний стан.
- Потреба у безперервному прийомі протизапальних препаратів.
- Жодної втрати ваги, навіть тимчасової, за допомогою консервативного лікування.

Інформація щодо хірургічних втручань

- Пацієнтів необхідно спрямувати до великих центрів, що спеціалізуються на баріатричній хірургії.
- Кількість пацієнтів, що потребує даних операцій, ймовірно продовжуватиме зростати надалі.
- Передопераційні та післяопераційні візити до спеціалізованих клінік, різноманітні дослідження, а також лікування можливих ускладнень підвищать вартість хірургічного лікування. Виправданим є призначення хірургічного лікування ожиріння хворим на діабет 2 типу, що приймають інсулін або інші дорогі протидіабетичні препарати. Зменшення потреби у цих ліках компенсує вартість операції.

Передопераційна підготовка

- Готовність кожного конкретного пацієнта до операції оцінює хірург-баріатролог чи команда спеціалістів.
- За потреби пацієнт може отримати консультацію психіатра, наприклад, якщо він має психічне захворювання і розглядається здатність пацієнта прийняти і дотримуватись змін у харчуванні після операції.

- Якщо пацієнт відповідає критеріям для хірургічного лікування і відсутні протипоказання, за необхідності проводиться гастроскопія для оцінки стану верхнього відділу шлунково-кишкового тракту (пацієнти з відповідними симптомами і пацієнти, старші 60 років) і оцінюються розміри печінки за допомогою ультразвукового дослідження.
- Дослідження на інфікування *Helicobacter pylori* під час гастроскопії чи у зразку калу.
- Якщо виявлено інфікування *Helicobacter pylori*, повинна бути призначена ерадикаційна терапія. Успішність лікування повинна бути перевірена.
- Зниження ваги перед операцією зменшить вміст жиру (стеатоз) і розміри печінки. Звичайно для передопераційного зниження ваги використовується дуже низькокалорійна дієта.
- Рішення щодо оптимального варіанту хірургічного лікування приймається спільно хірургом та пацієнтом.

Ефекти бариатричної хірургії

- Бариатрична хірургія зазвичай значно більш ефективна у забезпеченні довготривалого зниження ваги, ніж звичайні (консервативні) методи, навіть якщо окрема особа зможе досягти такого ж зниження ваги на кілька років без операції.
- Зменшення ваги, що досягається хірургічним шляхом, дещо знижує смертність.
- Найбільшими перевагами є: зменшення кількості пов'язаних з ожирінням захворювань і полегшення їх лікування, а також відчутне покращення якості життя.
- Серед пацієнтів з діабетом 2 типу близько 70% зможуть припинити прийом цукрознижуючого препарату, якщо до операції вони отримували лише один препарат (метформін). Якщо використовувалось два чи більше препаратів, близько 50% пацієнтів зможуть припинити їх прийом. Майже кожен другий пацієнт з діабетом 2 типу, який знаходився на інсулінотерапії, зможе позбавитись прийому інсуліну, але тільки 10% з цих пацієнтів зможуть обходитись без жодного цукрознижуючого препарату. Нові випадки діабету діагностуються лише у невеликій частині прооперованих пацієнтів у порівнянні з неоперованими пацієнтами такої ж ваги з контрольної групи.

- Втрата ваги в результаті баріатричної операції у 50% випадків призводить до нормалізації ліпідного профілю (зниження рівню тригліцеридів плазми і підвищення рівню холестерину ЛПВЩ), послаблення проявів нічного апное, зменшення потреби у гіпотензивних та протиастматичних препаратах, а також сприяє поліпшенню емоційного стану.
- Може покращувати фертильність у молодих жінок. Хірургічне лікування ожиріння знижує ризик гестаційного діабету, але може підвищити ризик внутрішньоутробної затримки розвитку плоду.

Ускладнення

- Післяопераційна летальність менше 0,5%, але показник вищий серед пацієнтів похилого віку та осіб з тяжким ступенем ожиріння.
- У випадку усіх хірургічних втручань на черевній порожнині пацієнти з надлишковою вагою більш схильні до розвитку ранової та легеневої інфекції. Розвиток венозного тромбозу та подальшої легеневої емболії можна попередити шляхом ранньої мобілізації і активної антитромботичної терапії.
- У 3% випадків виникає потреба у негайній повторній операції у зв'язку з кровотечею чи неспроможністю швів. Однак, дещо більша кількість пацієнтів може потребувати ендоскопічного склеювання чи зшивання для усунення кровотечі у пізньому післяопераційному періоді.
- Різноманітні ранні хірургічні ускладнення, що затримують відновлення, розвиваються у приблизно 10% пацієнтів.
- Приблизно 10% пацієнтів потребують хірургічних втручань у зв'язку з пізніми ускладненнями (наприклад, дилатація стенозуючих швів чи лікування гриж).
- Кінцевий результат залишається незадовільним у близько 10% пацієнтів у зв'язку з ускладненнями чи недостатньою втратою ваги.

Післяопераційне ведення

- Після операції пацієнту дозволено вживання рідини.
- За відсутності ускладнень пацієнт може бути виписаний додому через 2–3 дні після операції.

- Необхідна корекція поточної терапії (протидіабетичні препарати, гіпотензивні, діуретики). Найбільші і найшвидші зміни стосуються протидіабетичної терапії, зокрема, після хірургічного лікування знижується потреба в інсуліні.
- Впродовж перших 3–4 тижнів пацієнт дотримується дієти з вживанням напіврідкої та м'якої їжі (наприклад: фруктовий сік, бульйон, фруктові пюре, суп-пюре, йогурти, вівсяна каша та інші рідкі каші, банани, тушена риба, м'ясна запіканка). Приблизно через місяць вводиться універсальна здорова дієта, і їжу рекомендується ретельно пережовувати і їсти повільно. Необхідно забезпечити достатнє споживання рідини (2000 мл/добу).
 - Харчові продукти, що важко засвоюються, включають свіжий хліб, випічку, макарони, смажену курку, тунець, варені яйця, зернові продукти, овочі та фрукти зі шкіркою. Спершу ці продукти варто повністю виключити з раціону, а після розширення дієти необхідно ретельно їх прожовувати.
- Для забезпечення адекватного надходження білку рекомендується вживати його мінімум 60–120 г щоденно.
- Після хірургічного лікування погіршується засвоєння вітамінів та захисних нутрієнтів з продуктів харчування. Більше того, шунтування шлунку впливає на абсорбцію, наприклад, кальцію, заліза, а також вітамінів D і B₁₂.
 - Після операції пацієнту потрібно призначити полівітамінні препарати, а також препарати кальцію і вітамін D впродовж життя. За умови виявлення під час огляду дефіциту вітаміну B₁₂, необхідне його призначення у таблетованій (1 мг 2–3 рази на тиждень або навіть щоденно) чи інекційній формі (1 мг внутрішньом'язово кожні 3–4 місяці).
- За наявності блювання у пацієнта, який переніс баріатричну операцію, слід розглянути можливість дефіциту тіаміну (вітамін B₁), за підозри дефіциту слід негайно почати внутрішньовенне його введення (50–100 мг щоденно).

Спостереження після хірургічного лікування

- Оперуючий хірург зазвичай оглядає пацієнта через місяць після операції для оцінки результатів лікування.
- Впродовж 12–24 місяців огляди супроводжуються консультаціями лікаря, який спеціалізується на лікуванні ожиріння.

- Під час візитів оцінюють втрату ваги, водний баланс і адекватність замісної вітамінотерапії.
- З втратою ваги у пацієнта можуть з'явитися складки надлишкової шкіри внизу живота, у паховій області і на верхній частині рук, питання щодо пластичної хірургії варто розглядати через 1–2 роки після операції. На цей час ІМТ пацієнта повинен бути близько 30–32 і втрата ваги має припинитись.

Спостереження первинною медичною допомогою

- Через 12–24 місяців після хірургічного лікування пацієнта передають під нагляд лікаря первинної медичної допомоги, який щорічно повинен оцінювати:
 - зміну ваги і потребу у медикаментах для лікування супутньої патології
 - картину крові, за потреби — дослідження з приводу анемії
 - електроліти плазми
 - концентрація вітаміну В₁₂ у сироватці крові
 - концентрація вітаміну D у сироватці (D 25-ОН)
 - контроль глікемії (глюкоза плазми, HbA_{1c} за показаннями)
 - ліпідний профіль, якщо перед операцією були відхилення від норми
 - тести для оцінки функції печінки і креатинін плазми за необхідності
 - альбумін (преальбумін), щоб переконатись у достатньому споживанні білку.
- Потрібно вимірювати мінеральну щільність кісток, особливо після шунтування шлунку, якщо у пацієнта є значна втрата ваги, низька концентрація сироваткового вітаміну D після операції або якщо є інші фактори, що сприяють розвитку остеопорозу.
- Проблеми з пасажом їжі і пов'язані з цим абдомінальні болі завжди потребують направлення до клініки, де проводилась операція.
- Розвиток залізодефіцитної анемії може бути пов'язаний з недостатнім споживанням заліза з їжею, але також може вказувати на недостатність анастомозу, у такому випадку показане ендоскопічне обстеження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Також треба пам'ятати щодо ймовірності колоректального раку; за наявності показань проводиться колоноскопія.

Пов'язані ресурси

- Література [пов'язані 01042] [Bariatric surgery \(obesi...\]](#)

Джерела інформації

R1. Chang SH, Stoll CR, Song J et al. The effectiveness and risks of bariatric surgery: an updated systematic review and meta-analysis, 2003-2012. JAMA Surg 2014;149(3):275-87.

[\[PubMedID|24352617\]](#)

R2. Pekkarinen T, Mustonen H, Sane T et al. Long-Term Effect of Gastric Bypass and Sleeve Gastrectomy on Severe Obesity: Do Preoperative Weight Loss and Binge Eating Behavior Predict the Outcome of Bariatric Surgery? Obes Surg 2016;26(9):2161-2167. [\[PubMedID|26843084\]](#)

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm01025 Ключ сортування: 024.003 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-08-07

Автор(и): Tuula Pekkarinen Автор(и) попередніх версій статті: Timo Sane Редактор(и): Hanna Peltari
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian Lampe Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії

[EBM Guidelines](#) [Gastroenterology](#) [Surgery](#) [Nutritional medicine](#) [Endocrinology](#) [Internal medicine](#)

Ключові слова індексу

mesh: Obesity Overweight Bariatric surgery Obesity surgery Bariatric Medicine Body Weight Weight Loss
Gastric banding Gastric bypass Sleeve gastrectomy Surgery for obesity speciality: Surgery
speciality: Gastroenterology speciality: Nutritional medicine speciality: Endocrinology speciality: Internal medicine
icpc-2: T82 BMI mesh: Body Mass Index Calcium Diet thiamine Vitamin B 1 Vitamin D icpc-2: T82
icpc-2: T83