УДК: 616.398-089.87-036.12:616.366-003.5-08

АНАЛИЗ НЕДОСТАТКОВ ТРАДИЦИОННОГО ПОДХОДА К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Хакимов Д.М., Атаханов И.К., Ботиров А.К., Ботиров Ж.А.
Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан, Андижан.

БАРИАТРИК ОПЕРАЦИЯЛАРДАН КЕЙИН БЕМОРЛАРДА ЎТ-ТОШ КАСАЛЛИГИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА ДАВОЛАШДА АНЪАНАВИЙ ЁНДАШУВНИНГ КАМЧИЛИКЛАРИНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ

Хакимов Д.М., Атаханов И.К., Ботиров А.К., Ботиров Ж.А.
Андижон давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон.

ANALYSIS OF THE LIMITATIONS OF THE TRADITIONAL APPROACH TO THE PREVENTION AND TREATMENT OF GALLSTONE DISEASE IN PATIENTS AFTER BARIATRIC SURGERY

Xakimov D.M., Ataxanov I.K., Botirov A.K., Botirov J.A.
Andijan State Medical Institute, Uzbekistan, Andijan.

Аннотация. *Авторы отмечают, что клинический анализ группы сравнения (n=483, ЖКБ у 44, повторные операции у 32) позволил установить, что традиционный подход ограничен. Выполнение ХЭ только при наличии камней приводит к поздней диагностике ЖКБ, увеличению частоты повторных вмешательств, экстренных операций и осложнений. Факторы риска игнорировались. СД-2 типа, морфологические изменения ЖП и билиарный сладж не учитывались при планировании профилактических мероприятий. Эмпирическая профилактика УДХК неэффективна.*

Ключевые слова: *ЖКБ – желчнокаменная болезнь; ХЭ – холецистэктомия; ЖП - желчный пузырь; БО - бариатрические операции; СД-2 типа – сахарный диабет-2 типа.*

Аннотация. *Муаллифлар таъкидлашича, таққослаш гуруҳи бўйича ўтказилган клиник таҳлил (n = 483; 44 беморда ўт-тош касаллиги аниқланган, 32 беморда қайта операциялар бажарилган) анъанавий ёндашувнинг чекланганлигини кўрсатди. Холецитэктомияни фақат ўт пуфагида тошлар мавжуд бўлган ҳолатларда бажариш ўт-тош касаллигининг кеч аниқланишига, қайта аралашувлар, шошилинч операциялар ва асоратлар сонининг ортишига олиб келади. Хавф омиллари эътиборга олинмаган: 2-тоифа қандли диабет, ўт пуфагининг морфологик ўзгаришлари ва билиар сладж профилактик чора-тадбирларни режалаштиришда ҳисобга олинмаган. Урсодезоксихолат кислотаси (УДХК) билан эмпирик профилактика самарасиз деб топилди.*

Калит сўзлар: *ўт-тош касаллиги; холецитэктомия; ўт пуфаги; бариатрия операциялари; 2-тоифа қандли диабет.*

Abstract. *The authors note that a clinical analysis of the comparison group (n = 483; gallstone disease developed in 44 patients, repeat surgeries were performed in 32) demonstrated significant limitations of the traditional approach. Performing cholecystectomy only in the presence of gallstones leads to delayed diagnosis of gallstone disease, an increased rate of repeat interventions, emergency surgeries, and postoperative complications. Key risk factors were ignored: type 2 diabetes mellitus, gallbladder morphological changes, and biliary sludge were not considered when planning preventive measures. Empirical prophylaxis with ursodeoxycholic acid was shown to be ineffective.*

Keywords: *gallstone disease; cholecystectomy; gallbladder; bariatric surgery; type 2 diabetes mellitus.*

Актуальность проблемы. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) остаётся одним из наиболее частых осложнений в отдалённом периоде после бариатрических операций (БО) [2]. В литературе частота её формирования варьирует от 15 до 40%, а в отдельных подгруппах пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД-2 типа) достигает 50%. Наибольшая вероятность возникновения ЖКБ отмечается в первые 12–18 месяцев после вмешательства, что связано с ускоренной потерей массы тела, изменением состава желчи и снижением моторики желчного пузыря (ЖП) [1;3].

Современные бариатрические вмешательства позволяют достичь устойчивой потери массы тела и компенсации метаболических нарушений у пациентов с морбидным ожирением. Однако тактика в отношении ЖП при бариатрических операциях остаётся дискуссионной. До сих пор в большинстве случаев холецистэктомия (ХЭ) проводится лишь при наличии явной ЖКБ, тогда как функциональные и морфологические предикторы будущего камнеобразования зачастую игнорируются.

Материал и методы исследования. Настоящее исследование выполнено на базе частных клиник «Соглом Авлод» и «СЕХАТ» города Андижан в период с 2023 по 2025 годы. Всего за указанный период было выполнено 1337 бариатрических операций, включая продольную гастрэктомию (sleeve gastrectomy, LSG) и одноанастомозное гастрошунтирование (one-anastomosis gastric bypass, OAGB) по поводу ожирения и ожирения в сочетании с СД-2 типа.

У пациентов с выявленной дооперационно симптомной или бессимптомной ЖКБ выполнялась симультанная ХЭ. В остальных случаях операция ограничивалась бариатрическим вмешательством. В отдалённые сроки (от 6 месяцев до 3 лет) у части пациентов развилась симптомная ЖКБ, потребовавшая повторного хирургического вмешательства по поводу ЖКБ.

Из общего числа пациентов (n=1337) в последующем у 102 (7,6%) пациентов развилась ЖКБ после БО, повторная холецистэктомия была выполнена у 51 (3,8%) пациента, которые формируют ядро анализа факторов риска. В связи с этим предметом настоящего исследования явились 102 (7,6%) больных. В исследовании условно выделены две группы:

- Группа сравнения (2023 год) – 483 пациента. В последующем ЖКБ развилась у 44 (9,1%) пациентов, из которых повторным операциям подлежали 32 (6,6%).

- Основная группа (2024–2025 годы) – 854 пациента. В последующем ЖКБ развилась у 58 (6,8%) пациентов, из которых повторным операциям подлежали 19 (2,2%).

Оценивались различия между подгруппами по срокам формирования ЖКБ, наличию СД-2 типа, типу бариатрического вмешательства, темпам снижения массы тела и выраженности метаболических сдвигов. Отдельное внимание уделено приему урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) в раннем послеоперационном периоде.

Исследование охватывает значительный клинический материал с комплексным подходом к изучению отдалённых последствий бариатрических операций в отношении ЖКБ. Используемая методология позволяет не только провести ретроспективный анализ, но и заложить основы для прогностической модели и алгоритма ведения пациентов.

Для решения поставленных задач проводились клинико-лабораторные, инструментальные и статистические методы исследования соответственно последним стандартным методикам согласно рекомендациям по обследованию, утвержденной МЗ Республики Узбекистан.

Результаты и их обсуждение. В группе сравнения (n=483), перенёсших БО по традиционной схеме, при которой ХЭ выполнялась исключительно при наличии камней в ЖП. Из числа 483 пациентов позднее развилась ЖКБ у 44 (9,1%), из которых 32 (72,7%) потребовали повторной операции. Для оценки клинической картины ЖКБ у пациентов группы сравнения была проведена детализация ключевых факторов риска, сопутствующих заболеваний и морфологических признаков.

Соотношение женщин к мужчинам составило 28/6, что свидетельствовало о преобладании мужчин (63,6%). Все пациенты имели морбидное ожирение (III–IV степень), что подтверждает высокий риск ЖКБ при интенсивной потере массы тела после бариатрической операции. Практически половина пациентов - 21 (47,7%) имела сопутствующий СД-2 типа, что увеличивает литогенность желчи и частоту формирования камней. Преклиническая стадия ЖКБ (наличие билиарного сладжа) отмечено у 12 (27,3%) больных, часто бессимптомная, предшествующая формированию конкрементов. Признак хронического воспаления (утолщение стенки ЖП ≥3 мм) отмечено у 14 (31,8%) больных, повышающий риск формирования камней в отдалённом периоде. Механические нарушения эвакуации желчи (деформация, перегибы, признаки застоя), отмечено у 11 (25%) больных, способствующие стазу и камнеобразованию. Свидетельство гипомоторной дисфункции пузыря (увеличенный объем ЖП >60 мл) и повышенного риска формирования камней отмечено у 9 (20,5%) больных.

Таким образом, у большинства пациентов ЖКБ развилась в течение первых 6–12 месяцев после бариатрической операции. Наличие СД-2 типа, морфологических изменений ЖП и билиарного сладжа свидетельствует о высокой группе риска, что в традиционном подходе не учитывалось.

Далее был проанализирован ход повторных вмешательств у пациентов с симптомной ЖКБ (n=32), что позволило выявить технические и клинические трудности. У 32 пациентов группы сравнения, повторно оперированных после БО, ведущими причинами повторных операций являлись осложнённые формы ЖКБ. Наиболее часто повторные вмешательства выполнялись по поводу симптомной ЖКБ и острого холецистита - у 18 (56,3%) пациентов, а также по поводу холедохолитиаза и механической желтухи - у 6 (18,8%).

Следует отметить, что у 4 (12,5%) больных повторное оперативное вмешательство выполнялось на фоне сочетания билиарной патологии с техническими осложнениями ранее выполненной бариатрической операции, что существенно усложняло хирургическую тактику и послеоперационное ведение.

Анализ структуры осложнений показал, что у части пациентов развивались осложнения, связанные с техническими аспектами ранее выполненного БО. В частности, несостоятельность линии швов или анастомоза выявлена у 4 (12,5%) больных, послеоперационные кровотечения - у 3 (9,4%), а выраженный спаечный процесс, существенно затруднявший выполнение повторной холецистэктомии, - у 2 (6,3%) пациентов.

Раневые осложнения в виде инфекций и сером отмечены у 2 (6,3%) больных, тогда как осложнения общего характера (анемия, электролитные нарушения, пневмония) зарегистрированы у 5 (15,6%) пациентов. Билиарные осложнения после холецистэктомии, включая желчеистечение и билиарный перитонит, выявлены у 4 (12,5%) больных. Лишь у 8 (25,0%) пациентов повторные вмешательства протекали без развития осложнений.

Полученные данные подтверждают, что отказ от профилактической или симультанной холецистэктомии на этапе первичной БО способствует формированию осложнённых форм ЖКБ и увеличивает риск неблагоприятных исходов при последующих хирургических вмешательствах.

Из 44 пациентов Урсофальк не принимали 21 (47,7%), принимали <3 месяцев – 12 (27,3%, принимали в течение 3-6 месяцев – 8 (18,2%) и принимали >6 месяцев – лишь 3 (6,8%) пациентов. Практически половина пациентов не получала Урсофальк, а у тех, кто получал, курс был кратковременным. Это демонстрирует отсутствие системного подхода к профилактике ЖКБ.

Основные недостатки традиционного подхода

1. Отсутствие стратификации по риску: пациенты рассматривались как однородная группа; игнорировались СД-2 типа, морфологические изменения ЖП, билиарный сладж.

2. Недостаточный контроль морфологических изменений ЖП: отсутствие стандартизированного УЗИ и описания признаков риска.

3. Отсутствие прогностических критериев для ХЭ: операция выполнялась только при наличии камней.

4. Эмпирическое назначение Урсофалька: нерегламентированная дозировка, кратковременный приём, отсутствие динамического контроля.

5. Повышенная частота повторных операций: 72,7% пациентов с ЖКБ потребовали повторного вмешательства; значительная часть – в экстренном порядке.

6. Повышенный риск осложнений: технические трудности из-за спаек, утолщенной стенки, деформаций ЖП; ранние раневые и общие осложнения.

7. Отсутствие индивидуализации лечения: снижение эффективности бариатрической терапии и ухудшение качества жизни пациентов.

Заключение. Таким образом, ретроспективный клинический анализ группы сравнения (n=483, ЖКБ у 44, повторные операции у 32) позволил установить, что

традиционный подход ограничен. Выполнение ХЭ только при наличии камней приводит к поздней диагностике ЖКБ, увеличению частоты повторных вмешательств, экстренных операций и осложнений. Факторы риска игнорировались. СД-2 типа, морфологические изменения ЖП и билиарный сладж не учитывались при планировании профилактических мероприятий. Эмпирическая профилактика УДХК неэффективна. Отсутствие стандартизированных схем и контроля привело к высокой частоте формирования ЖКБ. Повторные операции сложны и небезопасны. Трудности из-за спаек, перегибов, утолщенной стенки ЖП приводили к необходимости конверсии, ранним раневым и общим осложнениям. Необходим системный подход. Только комплексная оценка клинических и морфологических факторов может снизить риск повторных вмешательств, осложнений и повысить безопасность бариатрической хирургии. Результаты группы сравнения обосновывают необходимость модификации подхода к профилактике и лечению ЖКБ.

Список литературы:

1. Аймагамбетов М.Ж., Абдурахманов С.Т., Булегенов Т.А. и др. Особенности диагностики и хирургического лечения острого деструктивного калькулезного холецистита у больных с избыточной массой тела и с ожирением. Обзор литературы //Наука и Здравоохранение. -2019. 3 (т.21). С.54-67.

2. Бебуришвили А.Г. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению острого холецистита //Москва. -2019. –с.4-7, 13-30.

3. Uy M.C., Talingdan-Te M.G., Lim-Abrahan M.A., et al. Prevention of gallstone formation after bariatric surgery with Ursodeoxycholic acid: a meta-analysis //Obes Surg. -2021. 31(3):1201–1210.