

Ю.Г. Кузенко, д.м.н., профессор, С.М. Ткач, д.м.н., профессор, Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев

Эффективность установки интрагастрального баллона в лечении ожирения

В настоящее время ожирение рассматривается как важнейшая общемировая медико-социальная проблема, поскольку его распространенность достигла масштабов пандемии, а последствия негативно влияют на здоровье людей, существенно ограничивая качество и продолжительность их жизни.

За последние 20-25 лет численность лиц с избыточной массой тела и ожирением катастрофически увеличилась. Достаточно сказать, что если в 1995 г. избыточной массой тела и ожирением страдало 200 млн человек, то через 5 лет их количество возросло до 300 млн человек, а еще через 7 лет — до 1,6 млрд, причем 400 млн из них уже имели ожирение (индекс массы тела (ИМТ) больше 30 кг/м²). По оценкам специалистов, в 2007 году в развитых западных странах избыточный вес или ожирение уже имело большинство взрослого населения. По прогнозам ВОЗ, к 2015 году при таких же темпах роста распространенности этого заболевания 2,3 млрд взрослых будут иметь избыточный вес, а более 700 млн страдать ожирением. Ожирение — крауугольный камень развития тяжелых кардиологических, пульмонологических, онкологических, гастроэнтерологических, ревматологических, эндокринологических и многих других заболеваний. Согласно данным ВОЗ, с точки зрения тяжести вызываемых ожирением заболеваний, оно входит в десятку основных факторов риска, которые в совокупности выступают причиной более одной трети случаев всех смертей в мире. К сожалению, в настоящее время в 40 раз чаще лечится не само ожирение, а его непосредственные последствия, такие как ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет 2 типа, жировая болезнь печени, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, желчнокаменная болезнь, многие онкологические заболевания, остеопороз, заболевания суставов и многие другие. Поэтому ввиду своей медико-социальной значимости ожирение в настоящее время рассматривается как общемировая проблема, а усилия ученых всего мира сконцентрированы на поиске эффективных методов контроля над массой тела и методов лечения самого ожирения.

На сегодняшний день лечение ожирения включает несколько методов, объем которых зависит от выраженности избыточной массы тела: диетотерапия, режим физической активности, поведенческую терапию, назначение фармакологических препаратов, эндоскопические и хирургические методы лечения (табл. 1). Вне зависимости от того, какой способ лечения выбран, все они направлены на то, чтобы помочь пациенту потреблять меньше калорий и увеличить его физическую активность с целью достижения оптимального состояния сердечно-сосудистой системы и контроля над массой тела на протяжении длительного периода. Экспертные мнения, представленные ВОЗ и Национальным институтом здоровья США, свидетельствуют, что с помощью гипокалорийной диеты

и увеличения физической активности люди с избыточной массой тела обычно теряют не более 10% изначального веса. Однако даже такое уменьшение массы тела позволяет снизить среди больных с ожирением общую смертность на 20%, смертность от онкологических заболеваний — на 40%, риск развития сахарного диабета — на 50%. Поэтому выполнение рекомендаций по изменению образа жизни является краеугольным камнем для всех людей, страдающих избыточным весом и ожирением.

К сожалению, доступные сегодня методы лечения ожирения, за исключением бариатрической хирургии, не обладают достаточной эффективностью в обеспечении длительного контроля над массой тела. В тех случаях, когда пациенты с ожирением не в состоянии уменьшить массу тела только с помощью изменения образа жизни, а ИМТ превышает 30 кг/м² (или более 27 кг/м² при наличии осложнений), дополнительно показана фармакотерапия. Бариатрическая хирургия (специальные операции на ЖКТ, направленные на уменьшение массы тела) показана пациентам с ИМТ более 40 кг/м² (или более 35 кг/м² при наличии осложнений), у которых не достигнут эффект с помощью изменения образа жизни и фармакотерапии. Промежуточное место между бариатрической хирургией и фармакотерапией занимает эндоскопическое лечение, а именно эндоскопическая установка внутрижелудочного баллона (ВЖБ), которая является наименее инвазивной процедурой среди всех бариатрических методов.

Идея об использовании баллона, вводимого в желудок, для снижения массы тела принадлежит двум врачам из Дании — Ole Nieben и Henrik Harboe, чья статья была опубликована в авторитетном британском журнале The Lancet еще в 1982 году. При разработке данного метода авторы основывались на своих клинических наблюдениях за пациентами с безоарами желудка. Как известно, безоар — это желудочный «камень», который может там образовываться из частиц съеденной пищи. Размеры безоара могут быть очень большими — вплоть до полного слепка полости желудка. Такие желудочные камни могут существовать очень долго и часто проявляются существенным снижением массы тела пациента в результате уменьшения потребления пищи. Именно исходя из этих наблюдений авторы предложили в качестве своеобразного «искусственного безоара» использовать специальный баллон, вводимый в желудок.

При этой процедуре с помощью обычного эндоскопа в просвет желудка вводится специальный силиконовый внутрижелудочный баллон (BioEnterics Intra gastric Balloon — BIB). Система BIB состоит непосредственно из самого баллона, в стенку

которого вмонтирован клапан (рис. 1), и силиконовых трубок, которые используются в процессе установки баллона и его заполнения. Базовым материалом для создания ВЖБ не случайно выбран силикон. Этот материал гипоаллергенен и инертен по отношению к окружающим тканям, но весьма устойчив к кислотной среде желудка. Через специальную трубку баллон заполняется стерильным физиологическим раствором с добавлением метиленового синего (на случай непредвиденного разрыва баллона, например, при закрытой травме живота; при этом моча окрашивается в синий цвет), в результате чего принимает форму сферы, занимая свое положение в верхнем отделе желудка. Объем вводимой жидкости и, соответственно, баллона в зависимости от размера желудка пациента составляет от 400 до 700 мл. Таким образом, происходит условное разделение объема желудка на две части: малую и большую с тонким перегибом между ними. После введения жидкости и заполнения баллона зонд удаляют, а баллон в желудке остается на длительное время (обычно в течение 6 мес). Через полгода баллон удаляют таким же способом (с помощью эндоскопа). Эта процедура безопасна, потеря веса при этом может составить 10-20% массы тела (в среднем — от 10 до 20 кг).

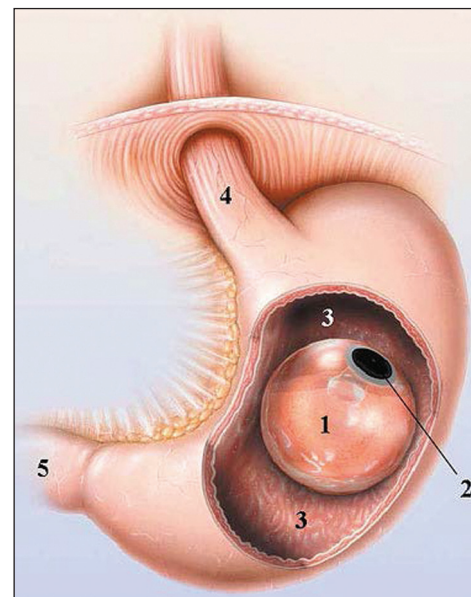


Рис. 1. Баллон в желудке

1 — раздутый баллон в желудке; 2 — клапан баллона; 3 — просвет желудка; 4 — пищевод; 5 — двенадцатиперстная кишка.

После установки ВЖБ пища в ограниченном количестве (объем составляет примерно 2-3 столовые ложки) поступает в малую часть желудка, крайне медленно перемещаясь затем в нижний отдел желудка. В результате этого рецепторы слизистой желудка улавливают сигналы как от самой пищи, так и от баллона, передавая головному мозгу информацию о насыщении. На формирование нового рефлекса (речь идет о насыщении малым количеством пищи) может потребоваться несколько месяцев. Важно, что в отличие от действия лекарственных препаратов, которые направлены на подавление чувства голода, ВЖБ оказывает влияние именно на центр насыщения, что позволяет избежать пациента от синдрома отмены при его удалении. Большое значение имеет и тот факт, что за время использования ВЖБ у пациента успевает сформироваться определенная культура питания, поэтому даже после окончания действия процедуры многие пациенты самостоятельно поддерживают достигнутый вес.

Осложнений во время установки ВЖБ обычно не бывает, они приравниваются к таковым при обычной гастроскопии.



Ю.Г. Кузенко



С.М. Ткач

Иногда в первые дни после установки ВЖБ возможна тошнота, рвота и боли в верхней части живота. Это состояние купируется назначением спазмолитиков, противотошнотных и противорвотных препаратов и проходит в течение 7-10 дней.

Перед процедурой установки баллона пациент проходит тщательное обследование, целью которого является определение показаний к применению методики, выявление острых язвенных или эрозивных заболеваний слизистой пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, определение сопутствующих заболеваний, которые могут изменить свое течение на фоне применения ВЖБ. Основными показаниями для установки ВЖБ является ожирение (ИМТ 30-39,9 кг/м²) с наличием осложнений при неэффективности консервативных методов лечения, а также морбидное ожирение (ИМТ >40 кг/м²), при котором риск бариатрических операций достаточно высок. В последнем случае установку ВЖБ осуществляют как первый этап лечения, после которого проводят следующий этап — бариатрическую операцию.

Особого внимания заслуживают противопоказания к применению данной методики: острые язвы и эрозивное поражение слизистой пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, ранее перенесенные операции на желудке, индивидуальная аллергическая реакция на силикон, нарушения свертываемости крови, запланированная на ближайший год беременность. К решению вопроса об установке баллона при выявлении относительных противопоказаний подходит индивидуально в каждом клиническом случае.

Собственный опыт

Мы обладаем собственным опытом лечения 49 пациентов с ожирением различной степени при помощи эндоскопической установки ВЖБ. Распределение больных в зависимости от пола, возраста и степени ожирения представлено в таблице 2.

Таблица 2. Характеристика больных с ВЖБ

Характеристика больных	n (%)
Мужчины	17 (34,7%)
Средний возраст, лет	34±4,8
Женщины	32 (65,3%)
Средний возраст, лет	33,2±4,1
Избыточная масса тела (ИМТ 25-29,9)	10 (20,4%)
Ожирение 1 степени (ИМТ 30-34,9)	27 (55,1%)
Ожирение 2 степени (ИМТ 35-39,9)	7 (14,3%)
Ожирение 3 степени (ИМТ >40)	5 (10,2%)
Средний ИМТ	33,7±3,8

Перед проведением манипуляции все пациенты проходили комплексное обследование, включающее: определение антропометрических данных, общие анализы мочи и крови, биохимическое исследование, коагулограмму, ЭКГ, ЭГДС, колоноскопию, рентген легких. Обязательным условием был детальный сбор анамнеза жизни, применение ранее каких-либо диет и лекарственных препаратов, способствующих снижению веса. Детально обсуждались условия работы, питания, отдыха, наличие вредных привычек. Основным

Таблица 1. Гид по выбору лечения ожирения

Лечение	ИМТ, кг/м ²				
	25-26,9	27-29,9	30-34,9	35-39,9	Более 40
Диета, физическая активность, поведенческая терапия	При наличии осложнений	При наличии осложнений	+	+	+
Фармакотерапия	-	При наличии осложнений	+	+	+
Эндоскопическое лечение	-	-	±	При наличии осложнений	+
Хирургия	-	-	-	При наличии осложнений	+

Примечание: (+) или (-) означает пользу выбранного лечения, несмотря на осложнения.

Таблиця 3. Результати лікування ожиріння путем ендоскопічної установки ВЖБ

Група больных	Средний ИМТ до установки ВЖБ	Средний ИМТ через 6 мес	Средний % снижения веса
Избыточная масса тела (ИМТ 25-29,9), n=10	27,3±2,9	25,1±1,8	7,4
Ожирение 1 степени (ИМТ 30-34,9), n=23	32,1±3,0	28,2±2,9	12,5
Ожирение 2 степени (ИМТ 35-39,9), n=6	37,2±3,1	32,1±3,1	13,5
Ожирение 3 степени (ИМТ > 40), n=4	44,2±4,2	37,3±3,2	16,0
Все пациенты, n=43	35,2±3,3	30,7±2,9	12,8

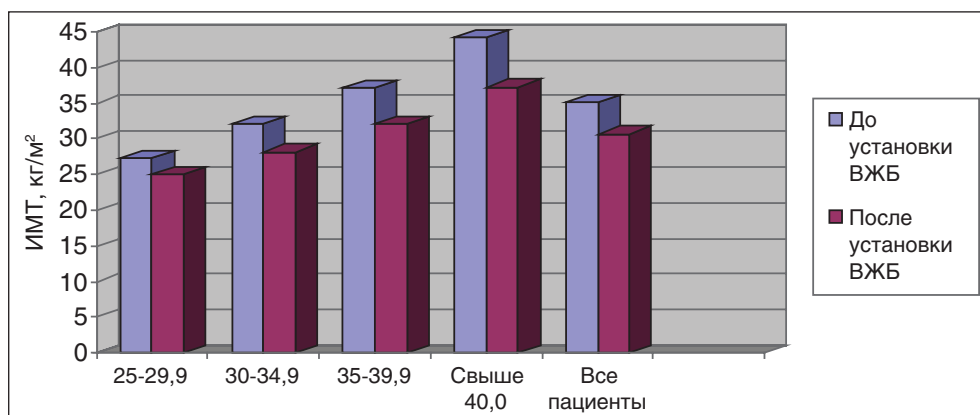


Рис. 2. Снижение веса в разных группах больных через 6 мес после установки ВЖБ

в общении с пациентами было определено их отношение к данной манипуляции, наличия мотивации для изменения образа жизни и питания, готовности к определенному дискомфорту, связанному с уменьшением количества принимаемой пищи вследствие установки ВЖБ.

Установка баллона проводилась в амбулаторных условиях врачом-эндоскопистом (профессор Ю.Г. Кузнецко). И установка, и удаление интрагастрального баллона производились под внутривенной анестезией, время всей процедуры в среднем занимало от 15 до 20 минут. Время пребывания в клинике, как правило, составляло от 2 до 3 ч, после чего пациент с детальными рекомендациями покидал клинику. Индивидуально каждому больному давались следующие рекомендации: прием ингибиторов протонной помпы (в течение первой недели – по 20 мг 2 раза в сутки, а затем по 20 мг только утром) на протяжении всего периода нахождения баллона в желудке, а также соблюдение рекомендуемого режима питания с фиксацией количества, качества и энергетической ценности пищи, измерение и фиксирование веса в дневнике один раз в неделю.

При возникновении у пациента неприятных ощущений, изменении общего состояния, появлении окрашенной мочи (возможность перфорации баллона) ему рекомендовалось незамедлительно обращаться в клинику. Извлечение баллона также осуществляли в амбулаторных условиях. За 4-5 дней до процедуры пациенту рекомендовалось перейти на более жидкую пищу, а накануне, за день до исследования, пищу вовсе исключить, оставив лишь прием жидкости. Для извлечения баллона пациенту под внутривенной анестезией вновь выполнялась гастроскопия, через инструментальный канал эндоскопа баллон прокалывался специальной иглой и опорожнялся. Спавшийся баллон захватывался захватом-манипулятором и извлекался наружу. Исследование заканчивалось тщательным осмотром полости желудка, двенадцатиперстной кишки и пищевода.

Нами получены следующие результаты. Полные 6 месяцев, рекомендуемые протоколом исследования, ВЖБ находился в желудке у 43 из 49 больных (87,8%); у 27 из 32 женщин (84,4%) и у 16 из 17 мужчин (94,1%). Динамика снижения веса у этих пациентов представлена на рисунке 2 и в таблице 3.

Как видно из данных таблицы 3, через 6 месяцев от момента установки ВЖБ общий средний процент снижения веса у 39 пациентов с избыточной массой тела и ожирением различной степени составил 12,8%. Наибольшая потеря веса отмечалась при ожирении 3 степени (16%), наименьшая – у больных с избыточной массой тела

(7,4%). Наибольшая потеря веса за это время составила 24 кг, наименьшая – 3 кг. Практически во всех группах больных установка ВЖБ позволила снизить степень ожирения и перевести их в более низкий класс.

Побочные эффекты в виде умеренно выраженных диспепсических явлений отмечены у 30 из 43 пациентов (69,8%), полностью закончивших процедуру. Других клинически значимых побочных явлений со стороны верхних отделов пищевого канала у этих больных не наблюдалось. Ни в одном случае не было разрыва ВЖБ.

По разным причинам преждевременно (ранее чем через 6 мес) ВЖБ был извлечен у 5 женщин (в среднем через 2,3 мес) и одного мужчины (через 1 мес). В группе женщин у одной пациентки ВЖБ был извлечен уже через 2 дня из-за постоянной рвоты. Еще у 3 пациенток ВЖБ преждевременно был извлечен в связи с семейными обстоятельствами: у одной – через 1 мес (потеря веса составила 8 кг), у другой – через 3 мес (потеря веса составила 18 кг), у третьей – через 4 мес (потеря веса – 22 кг). Еще у одной пациентки ВЖБ был извлечен через 5 мес в связи с ее неудовлетворенностью результатами лечения (потеря веса составила 10 кг) и наличием дискомфорта. У одного мужчины ВЖБ извлечен через 1 мес по семейным обстоятельствам (потеря веса за это время составила 7 кг).

У 10 пациентов с ожирением различной степени после процедуры установки ВЖБ была успешно проведена бариатрическая операция (лапароскопическое бандажирование желудка), которая ранее откладывалась ввиду повышенного хирургического риска. Еще 15 пациентов, которым выполнялась процедура установки ВЖБ, осмотрены через 6 мес после извлечения баллона. У 12 из них (80%) в течение этого времени стабильно сохранялась достигнутая масса тела.

Таким образом, процедуру установки ВЖБ можно рассматривать как эффективный и безопасный малоинвазивный метод лечения ожирения различной степени выраженности, позволяющий у подавляющего большинства больных в течение 6 мес не только добиться существенного снижения веса (в среднем 12%), но и поддерживать достигнутую массу тела в ближайшем периоде наблюдения. Наибольшая потеря веса отмечается у больных с тяжелыми степенями ожирения (13,5-16%), у которых вследствие применения этого метода лечения снижается хирургический риск и улучшаются условия для проведения последующей бариатрической операции.

*Передплата з будь-якого місяця!
У кожному відділенні «України»!
За передплатними індексами:*

Здоров'я® України®

«МЕДИЧНА ГАЗЕТА
«ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ – ХХІ СТОРІЧЧЯ»

35272

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР «ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ,
ГЕПАТОЛОГІЯ, КОЛОПРОКТОЛОГІЯ»

37635

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР

«НЕВРОЛОГІЯ, ПСИХІАТРІЯ, ПСИХОТЕРАПІЯ»

37633

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР

«КАРДІОЛОГІЯ, РЕВМАТОЛОГІЯ, КАРДІОХІРУРГІЯ»

37639

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР

«ПУЛЬМОНОЛОГІЯ, АЛЕРГОЛОГІЯ, РИНОЛАРИНГОЛОГІЯ»

37631

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР

«ДІАБЕТОЛОГІЯ, ТИРЕОІДОЛОГІЯ, МЕТАБОЛІЧНІ РОЗЛАДИ»

37632

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР

«ОНКОЛОГІЯ, ГЕМАТОЛОГІЯ, ХІМІОТЕРАПІЯ»

37634

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР

«ПЕДІАТРІЯ»

37638

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР

«АКУШЕРСТВО, ГІНЕКОЛОГІЯ, РЕПРОДУКТОЛОГІЯ»

89326

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР

«ХІРУРГІЯ, ОРТОПЕДІЯ, ТРАВМАТОЛОГІЯ»

49561

НАШ САЙТ:

www.health-ua.com

Архів номерів
«Медичної газети
«Здоров'я України»
з 2003 року

У середньому
понад 8000
відвідувань
на день



Препарати компанії КРКА користуються довірою лікарів у понад 70 країнах світу⁽¹⁾

Обери Свободу



НОЛЬПАЗА®

таблетки,
20 мг и 40 мг пантопразол

Нольпаза® – інноваційний синтез⁽²⁾ пантопразолу КРКА, схвалений лікарями всієї Європи⁽³⁾.

1. KRKA, d.d., Novo mesto, Annual report. 2010. 2. Укр. патент. 3. IMS 2010.

Застосування. Таблетки 20 мг. ГЕРХ легкого ступеня тяжкості (такі симптоми, як печія, біль при ковтанні). Рекомендована доза становить 1 таблетка препарату Нольпаза 20 мг/доб. **Тривале лікування та профілактика рецидиву рефлюкс-езофагіту.** Рекомендована доза становить 1 таблетка препарату Нольпаза 20 мг/доб. При загостренні можливе збільшення дози до 40 мг/доб. **Профілактика виразки шлунка і дванадцятипалої кишки, викликаних прийомом НПЗП у пацієнтів групи ризику.** Рекомендована доза становить 1 таблетка препарату Нольпаза 20 мг/доб. **Таблетки 40 мг.** Рефлюкс-езофагіт середнього та тяжкого ступеня. Пептична виразка шлунка. Рекомендована доза препарату Нольпаза для дорослих 40 мг становить 1 таблетка на добу. Як правило, потрібен 4-тижневий курс лікування. Пептична виразка дванадцятипалої кишки. Рекомендована доза препарату Нольпаза 40 мг – 1 таблетка на добу. Як правило, необхідний 2-тижневий курс лікування. **Ерадикація Helicobacter pylori.** Для ерадикації Helicobacter pylori рекомендовані наступні комбінації (залежно від резистентності): (а) 40 мг Нольпаза 2 рази на добу + 1000 мг амоксициліну 2 рази на добу + 500 мг кларитроміцину 2 рази на добу; (б) 40 мг Нольпаза 2 рази на добу + 500 мг метронідазолу 2 рази на добу + 500 мг кларитроміцину 2 рази на добу; (с) 40 мг Нольпаза 2 рази на добу + 1000 мг амоксициліну 2 рази на добу + 500 мг метронідазолу 2 рази на добу. **Синдром Золлінгера-Еллісона**

та інші патологічні стани гіперсекреції. Початкова добова доза становить 80 мг. При необхідності дозу можна титрувати, залежно від показників секреції кислоти в шлунку. Якщо щоденна доза становить більше 80 мг, її слід розділити на 2 прийоми. **Особливості застосування.** Таблетки не слід розжовувати або розламувати. Їх слід ковтати цілими, запиваючи водою, перед їжею. У пацієнтів з тяжкою печінковою недостатністю доза не повинна перевищувати 20 мг пантопразолу на добу. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до пантопразолу або інших речовин, які входять до складу препарату. Пацієнти з тяжкою формою печінкової або ниркової недостатності для ерадикації H. pylori в комбінації з антибактеріальними препаратами в зв'язку з обмеженим клінічним досвідом. **Побічні явища.** Біль в епігастрії, діарея, запор або метеоризм. Іноді може виникати головний біль. У поодиноких випадках відзначалися непритомність і розлад зору (нечіткість зору), підвищення температури, периферичні набряки, які зникали після відміни препарату. **Форма випуску.** Гастрорезистентні таблетки по 20 та 40 мг пантопразолу по 14 та 28 таблеток в упаковці. **Відпуск препарату з аптеки.** За рецептом лікаря.

Реєстраційні свідоцтва: 20 мг № UA/7955/01/01 від 17.04.2008 до 17.04.2013
40 мг № UA/7955/01/02 від 17.04.2008 до 17.04.2013

За детальною інформацією звертайтеся:

ТОВ «КРКА Україна», 01015, м.Київ, вул. Старонаводницька, 13, оф. 125, тел.: (044) 569 28 38, факс: (044) 569 28 48, ел. адреса: ukraine@krka.biz

KRKA

Наші знання та прагнення присвячені здоров'ю. Рішучість, наполегливість та майстерність в поєднанні з єдиною метою – створення ефективних та безпечних препаратів найвищої якості.