

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2023 №2

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AXBOROTNOMASI



В Е С Т Н И К
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент



Выпуск набран и сверстан на компьютерном издательском комплексе

редакционно-издательского отдела
Ташкентской медицинской академии

Начальник отдела: М. Н. Аслонов

Редактор русского текста: О.А. Козлова

Редактор узбекского текста: М.Г. Файзиева

Редактор английского текста: А.Х. Жураев

Компьютерная корректура: З.Т. Алюшева

Учредитель: Ташкентская медицинская академия

Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском
управлении печати и информации

Регистрационное свидетельство 02-00128

Журнал внесен в список, утвержденный приказом №
201/3 от 30 декабря 2013года

реестром ВАК в раздел медицинских наук

Рукописи, оформленные в соответствии
с прилагаемыми правилами, просим направлять

по адресу: 100109, Ташкент, ул. Фароби, 2,

Главный учебный корпус ТМА,

4-й этаж, комната 444.

Контактный телефон: 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru

rio@tma.uz

Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.

Гарнитура «Cambria».

Тираж 150.

Цена договорная.

Отпечатано на ризографе
редакционно-издательского отдела ТМА.
100109, Ташкент, ул. Фароби, 2.

Вестник ТМА № 2, 2023

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор

проф. А.К. Шадманов

Заместитель главного редактора

проф. О.Р.Тешаев

Ответственный секретарь

проф. Ф.Х.Иноятова

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ

акад. Аляви А.Л.

проф. Билалов Э.Н.

проф. Гадаев А.Г.

проф. Жае Вук Чои (Корея)

акад. Каримов Ш.И.

проф. Татьяна Силина (Украина)

акад. Курбанов Р.Д.

проф. Людмила Зуева (Россия)

проф. Метин Онерчи (Турция)

проф. Ми Юн (Корея)

акад. Назыров Ф.Г.

проф. Нажмутдинова Д.К.

проф. Саломова Ф.И.

проф. Саша Трескач (Германия)

проф. Шайхова Г.И.

Члены редакционноого совета

проф. Акилов Ф.О. (Ташкент)

проф. Аллаева М.Д. (Ташкент)

проф. Хамдамов Б.З. (Бухара)

проф. Ирискулов Б.У. (Ташкент)

проф. Каримов М.Ш. (Ташкент)

проф. Маматкулов Б.М. (Ташкент)

проф. Охунов А.О. (Ташкент)

проф. Парпиева Н.Н. (Ташкент)

проф. Рахимбаева Г.С. (Ташкент)

проф. Хамраев А.А. (Ташкент)

проф. Холматова Б.Т. (Ташкент)

проф. Шагазатова Б.Х. (Ташкент)

Холова Д.Ш., Сафарова Ш.И., Алимухамедова Г.А., Иссаева С.С., Курбанова С.Ш. ВЛИЯНИЕ КОНТРОЛЯ ГИПЕРСЕКРЕЦИИ ГОРМОНА РОСТА НА ОПОРО-ДВИГАТЕЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ АКРОМЕГАЛИИ	Kholova D.Sh., Safarova Sh.M., Alimukhamedova G.A., Issaeva S.S., Kurbanova S.Sh. ISSUES OF THE PATHOGENESIS OF MUSCULOSKELETAL COMPLICATIONS OF ACROMEGALY	60
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА		EXPERIMENTAL MEDICINE
Абдуллаева М.А. ТАЖРИБА ҲАЙВОНЛАРИДА ЛИПИД ПРОФИЛИДАГИ ЁШГА БОҒЛИҚ ЎЗГАРИШЛАР ВА УЛАРНИНГ АОРТА ТУЗИЛИШИГА ТАЪСИРИ	Abdullaeva M.F. AGE-RELATED CHANGES IN THE LIPID PROFILE IN THE EXPERIMENT AND THEIR EFFECT ON THE STRUCTURE OF THE AORTA	64
Бахридинов Ш.С., Акромов Д.А., Мидасов М.М. ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОГО СИНТЕЗА НОВЫХ ХИМИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ С УЧЕТОМ ИХ ТОКСИЧНОСТИ И ОПАСНОСТИ	Bakhridinov Sh.S., Akromov D.A., Midasov M.M. HYGIENIC SUBSTANTIATION OF PURPOSEFUL SYNTHESIS OF NEW CHEMICAL COMPOUNDS TAKING INTO ACCOUNT THEIR TOXICITY AND DANGER	68
Ирисметов М.Э., Тогаев Т.Р. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МЫШЦ-АНТАГОНИСТОВ И СУХОЖИЛИЙ ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧА И ПАРААРТИКУЛЯРНЫХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРИ ТРАВМАХ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	Irismetov M.E., Tokaev T.R. FUNCTIONAL CHANGES IN THE TENSION OF THE MUSCLES OF ANTAGONISTS AND TENDONS OF THE DISTAL END OF THE SHOULDER, AND PARA-ARTICULAR SOFT TISSUES IN CASE OF ELBOW JOINT INJURIES IN THE EXPERIMENT	73
Садыков Р.А., Ходжиев Д.Ш., Хаялиев Р.Я., Султанов С.А., Кадыров М.Ж. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА ХЕМОБЕН НА МОДЕЛИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ ГИПОКОАГУЛЯЦИИ	Sadiqov R.A., Khodjiyev D.Sh., Khayaliyev R.Y., Sultanov S.A., Kadirov M.J. EFFECTIVENESS OF HEMOSTATIC AGENT "HEMOBEN" ON THE LIVER DAMAGE MODEL UNDER HYPOCOAGULATION	78
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА		CLINICAL MEDICINE
Адилова Н.Ш., Шагазатова Б.Х. ОЦЕНКА МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ	Adilova N.Sh., Shagazatova B.Kh. ASSESSMENT OF METABOLIC CHANGES IN OBESE PATIENTS AFTER BARIATRIC SURGERY	84
Ахмедов Ш.М., Ливерко И.В., Ахмедова Ф.Ш. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СИМПТОМА ИЗБЫТОЧНОЙ ДНЕВНОЙ СОНЛИВОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, СОПРЯЖЁННОЙ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ-ГИПОПНОЭ СНА	Akhmedov Sh.M., Liverko I.V., Akhmedova F.Sh. THE FREQUENCY OF OCCURRENCE OF THE SYMPTOM OF EXCESSIVE DAYTIME SLEEPINESS IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE ASSOCIATED WITH OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA-HYPOPNEA SYNDROME	87
Бахрамова Ш.У., Ихтиёрова Г.А. ҲОМИЛАДОРЛИК ДАВРИДА ҲОМИЛАДОРЛИК ГИПЕРТЕНЗИЯСИННИНГ МОЛЕКУЛЯР ВА ГЕНЕТИК ЖИҲАТЛАРИ	Бахрамова Ш.У., Ихтиёрова Г.А. МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГЕСТАЦИОННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ	92
Вахабова Н.М. ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГОМОЦИСТЕИНА, ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ И ВИТАМИНА В ₁₂ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ	Vakhabova N.M. EVALUATION OF HOMOCYSTEINE, FOLIC ACID AND VITAMIN B12 INDICES IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE	95
G'aniyeva S.K. O'TKIR ICHAK INFEKTSIYASI VA PARAZITOZLI BOLALARDA DIAREYA SINDROMI	Ganiyeva S.K. DIARRHEAL SYNDROME IN CHILDREN WITH ACUTE INTESTINAL INFECTION AND PARASITOSIS	100
Гиёсов З.А., Дехқонов М.А., Ҳакимов С.А. ГҶДАКЛАРГА КҶРСАТИЛГАН ТИББИЙ ЁРДАМНИ СУД-ТИББИЙ БАҲОЛАШ	Giyasov Z.A., Dehqonov M.A., Khakimov S.A. FORENSIC MEDICAL ASSESSMENT OF INFANT CARE	103
Джумаев Б.З. СУРУНКАЛИ ЖИГАР КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ ОРТИҚЧА ТАНА ВАЗНИ ВА СЕМИЗЛИКНИ КАМАЙТИРИШ УСУЛЛАРИ	Dzhumaev B.Z. WAYS TO REDUCE OVERWEIGHT AND OBESITY IN CHRONIC LIVER DISEASE	108
Закирова У.И., Холтаева Ф.Ф. КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ	Zakirova U.I., Kholtaeva F.F. CLINICAL AND GENETIC ASPECTS OF RECURRENT BRONCHIAL OBSTRUCTION IN CHILDREN	112
Индиаминов С.И., Жураев И.Г. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЙ ПОСЛЕ УШИБОВ СУСТАВОВ	Indiaminov S.I., Zhuraev I.G. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЙ ПОСЛЕ УШИБОВ СУСТАВОВ	116

ОЦЕНКА МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ

Адилова Н.Ш., Шагазатова Б.Х.

BARIATRIK JARROHLIKDAN SO'NG SEMIRIB KETGAN BEMORLARDA METABOLIK O'ZGARISHLARNI BAHOLASH

Odilova N.Sh., Shagazatova B.X.

ASSESSMENT OF METABOLIC CHANGES IN OBESE PATIENTS AFTER BARIATRIC SURGERY

Adilova N.Sh., Shagazatova B.Kh.

Ташкентская медицинская академия

Maqsad: metabolik semizlik bilan og'riqan, bariatrik jarrohlik amaliyotidan o'tgan bemorlarda metabolik o'zgarishlarni baholash. **Material va usullar:** madqiqotda tana massasi indeksi 40 yoki 35 kg/m² dan oshgan, kamida bitta semizlik asorati bo'lgan, gastrektomiya yoki minigastrik bypass operatsiyasidan o'tgan 163 bemor ishtirok etdi. **Nati-jalar:** bariatrik jarrohlik bilan og'riqan bemorlarda davolanishdan oldingi qiymatga nisbatan ortiqcha tana vaznining sezilarli darajada pasayishi kuzatildi ($p < 0,001$). Oxirgi o'rtacha vazn yo'qotish (24 oydan keyin) 30,3 kg ni tashkil etdi. Operatsiyadan keyingi bir yil ichida glyukoza darajasi barqaror pasayish tendentsiyasiga ega edi. **Xulosa:** bundan tashqari, bariatrik davolashning eng samarali va xavfsiz usullarini aniqlash uchun uzoq muddatli kuzatuv zarur.

Kalit so'zlar: sleeve gastrektomiya, minigastrik bypass, tana vazni, metabolik ko'rsatkichlar.

Objective: To evaluate metabolic changes in patients with metabolic obesity who underwent bariatric surgery.

Material and methods: The study involved 163 patients whose body mass index exceeded 40 or 35 kg/m² with at least one complication of obesity, who underwent sleeve gastrectomy or minigastric bypass. **Results:** In patients undergoing bariatric surgery, there was a significant decrease in excess body weight in relation to the value before treatment ($p < 0.001$). The final mean weight loss (after 24 months) was 30.3 kg. Within a year after the operation, the glucose level had a steady downward trend. **Conclusions:** Further, long-term follow-up is needed to identify the most effective and safe methods of bariatric treatment.

Key words: sleeve gastrectomy, minigastric bypass, body weight, metabolic parameters.

Одной из самых больших проблем современной медицины является лечение расстройств пищевого поведения и нарушений обмена веществ, в частности ожирения, а также профилактика их осложнений. В 2016 г. избыточную массу тела (индекс массы тела (ИМТ) ≥ 25 кг/м²) имели 39% взрослого населения (39% мужчин и 40% женщин) нашей планеты, 13% страдали ожирением (11% мужчин и 15% женщин) (ИМТ ≥ 30 кг/м²). Несмотря на предпринимаемые действия, как среди детей, так и среди взрослых средняя масса тела прогрессивно увеличивается [2,5,6].

Однако самой большой проблемой, связанной с ожирением, является не избыток самой жировой ткани, а метаболические нарушения и осложнения, возникающие в результате заболевания, в том числе повышенный риск преждевременной смерти [7]. Метаболический синдром (МС) особенно связан с избыточным весом. Хотя МС может присутствовать даже у людей с высоким нормальным ИМТ (ИМТ в диапазоне 23-25 кг/м²), особенно у лиц с низкой физической активностью или нездоровым питанием [8,9], наибольшая вероятность возникновения метаболического синдрома и других осложнений связано с ожирением (ИМТ ≥ 30 кг/м²). К ним относятся диабет 2-го типа, гипертония, сердечно-сосудистые заболевания (с повышенным риском инфаркта миокарда и инсульта), обструктивное апноэ во сне, нарушения липидного обмена, остеоартрит и неко-

торые виды рака (эндометрия, молочной железы, яичников, предстательной железы, пищевода, печени, желчного пузыря, почек) [5,6].

Существующие консервативные методы лечения, включающие изменение образа жизни, физическую активность, ограничительные диеты и психотерапию, малоэффективны, в результате чего массу тела удается снизить лишь до 10% от желаемой. Поддержание массы тела является гораздо более сложной задачей и снижает эффективность этих методов терапии [10].

Принимая во внимание вышеизложенное, на современном уровне медицинских знаний бариатрическая хирургия наиболее эффективным методом лечения ожирения является, которая в настоящее время считается методом выбора у пациентов, отвечающих критериям приемлемости для операции [3]. Основными показаниями к операции у взрослых являются ИМТ ≥ 40 кг/м² или ИМТ ≥ 35 кг/м² при одновременном возникновении хотя бы одного заболевания, обусловленного ожирением.

Цель исследования

Оценка метаболических изменений у больных с метаболическим ожирением, перенесших бариатрическую операцию.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 163 пациента, чей ИМТ превышал 40 или 35 кг/м² как минимум с одним осложнением ожирения, которые перенесли

рукавную гастрэктомию (РГ) либо минигастрошунтирование желудка.

До и после операции у больных определяли уровень общего холестерина, холестерина ЛПНП, ЛПВП, триглицеридов и глюкозы. Кроме того, при контрольных визитах через: 1, 3, 6, 12, 24 месяца и более чем через 24 месяца оценивали содержание липидов и глюкозы.

С третьих суток и до 2-х недель после операции больные получали жидкую диету с добавлением жидкости в суммарном количестве 1500 мл в сутки. Далее ограничение калорийности устанавливали на уровне 1200-1500 ккал в сутки. Затем его постепенно приспосабливали к индивидуальным потребностям каждого пациента. Диета дополнялась добавками витаминов и микроэлементов, особенно В₁, В₆, D₃ и железа. Прием этих добавок рекомендовался в зависимости от результатов лабораторных анализов для достижения лабораторной нормы и клинической сбалансированности.

Результаты

Среди обследованных было 136 (83%) женщин и 27 (17%) мужчин. 75 (46%) женщин и 14 (9%) муж-

чин были в возрасте до 40 лет, соответственно 61 (37%) и 13 (8%) – 40 лет и старше. 44 (27%) участника не имели сопутствующих заболеваний. Среди 119 (73%) пациентов, у которых имелись сопутствующие заболевания, наиболее распространенными были артериальная гипертензия (40%), сахарный диабет (40%), синдром обструктивного апноэ сна (8%) и ишемическая болезнь сердца (5%).

У пациентов, перенесших бариатрическую операцию, отмечалось достоверное снижение избыточной массы тела по отношению к величине до лечения ($p < 0,001$). Итоговое среднее значение снижения массы тела (через 24 мес.) составило 30,3 кг. В течение года после операции уровень глюкозы имел устойчивую тенденцию к снижению ($p = 0,003$) (табл.). Средняя концентрация глюкозы до процедуры составляла 6,13 ммоль/л, через год после процедуры – 4,99 ммоль/л. Число пациентов с нормальной гликемией натощак увеличилось с 40% до операции до 67% через год после нее.

Таблица

Средние значения биохимических показателей (ммоль/л) до и в разные сроки после процедуры, $X \pm SD$

Биохимический показатель	До операции	Время после операции, мес.				p
		1-й	6-й	12-й	>12	
Глюкоза	6,08±2,6	5,7±0,4	5,0±0,8	4,9±1,0	4,8±0,4	0,003
Триглицериды	1,77±0,89	1,55±0,6	1,42±0,4	1,26±0,5	1,27±0,5	0,043
Общий холестерин	5,1±1,2	4,9±0,9	4,3±2,1	4,8±0,9	4,9±1,1	0,180
ЛПНП	3,4±1,1	3,1±1,0	3,5±0,84	2,9±0,5	3,4±0,9	0,261
ЛПВП	1,0±0,1	1,0±0,3	1,0±0,2	1,1±0,2	1,6±0,6	0,084

Примечание. X – среднее арифметическое; SD – стандартное отклонение.

Обсуждение

Ожирение как заболевание связано со значительным увеличением смертности и многими угрозами для здоровья, включая диабет 2-го типа, артериальную гипертензию, дислипидемию, ишемическую болезнь сердца, рак и костно-суставные нарушения. Чем выше ИМТ, тем выше риск заболевания и смертности [1]. Рандомизированные исследования показали, что снижение массы тела за счет изменения образа жизни или фармакологического лечения снижает заболеваемость благодаря уменьшению риска сердечно-сосудистых заболеваний, хотя его эффективность ниже, чем оперативного лечения. Для лиц, которые не могут снизить массу тела с помощью поведенческой терапии и фармакологического лечения, следует рассматривать возможность хирургического лечения. После бариатрического лечения наблюдается устойчивое снижение факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний [11]. Однако даже в этом случае необходима соответствующая поведенческая терапия с адекватными диетическими рекомендациями и физической активностью, адаптированной к способностям пациента [4].

Результаты собственных исследований подтверждают благоприятные метаболические сдвиги, происходящие в ходе бариатрической терапии, зна-

чительное улучшение показателей гликемии и триглицеридов, тенденцию к нормализации уровня холестерина ЛПВП. Через 12 месяцев после операции у участников наблюдения были достигнуты более низкие концентрации глюкозы (4,8 ммоль/л), снижался уровень общего холестерина, ЛПНП и триглицеридов (соответственно до 4,9, 3,4 и 1,27 ммоль/л). В то же время более высокие показатели ЛПВП (1,6 ммоль/л) были достигнуты позже, более чем через 12 месяцев после операции.

Пациентов с ожирением следует лечить сугубо индивидуально в плане выбора методики. Оценка их общего состояния здоровья, состояния сердечно-сосудистой системы, дыхания, выделительной системы (функции почек) и неврологического статуса являются ключевыми элементами при принятии решения о лечении. От таких методов лечения следует отказаться, если риск осложнений превышает пользу хирургического лечения, а риск чрезмерных побочных эффектов выше пользы фармакологического лечения. Однако для подавляющего большинства пациентов с морбидным ожирением хирургическое лечение после безуспешного консервативного лечения уже имеет документально подтвержденное значение. В большинстве случаев сни-

жение массы тела связано с улучшением качества жизни (улучшение подвижности, разрешение ночного апноэ).

Выводы

1. У пациентов после бариатрической операции наблюдалось достоверное снижение избыточной массы ($p < 0,001$) тела, что было связано со значительным улучшением гликемии и уровня триглицеридов. Наибольшая потеря массы тела отмечалась более чем через 24 месяца после процедуры.

2. Полученные результаты подтверждают эффективность бариатрической хирургии в снижении избыточной массы тела и улучшении метаболических показателей у больных с экстремальным ожирением. Необходимы дальнейшие длительные наблюдения для выявления наиболее эффективных и безопасных методов бариатрического лечения.

Литература

1. Coughlin J.W., Brantley P.J., Champagne C.M. et al. Effect of continued intervention on weight: five-year results from the weight loss maintenance study // *Obesity*. – 2016. – Vol. 24. – P. 1046-1053.
2. Kabala M.M., Vilchinsky Yu. Obesity and postural stability in women after mastectomy // *Honey. Stud.* – 2019. – Vol. 35. – P. 48-54.
3. Kozel D., Matykevich Yu., Klyusek Yu. et al. Surveillance of the near-surgery over the horizon at the end of the day // *Stud. Honey.* – 2011. – Vol. 24. – P. 4-35.
4. Kraschewski J.L., Boan J., Esposito J. et al. Long-term maintenance of weight loss in the USA // *Int. J. Obes.* – 2010. – Vol. 34. – P. 1644-1654.
5. Krekora-Wollny K., Suliga E. Changes in body weight with weight loss treatment – a two-year prospective study // *Honey. Stud.* – 2017. – Vol. 33. – P. 290-294.
6. *Lancet Diabetes Endocrinol.* – 2015. – Vol. 3. – P. 243-253.
7. Nutrition, physical activity and obesity of the World Health Organization. – WHO, 2019).
8. Obesity and overweight of the World Health Organization. – WHO, 2019.

9. Rebak D., Suliga E., Glushek S. Metabolic syndrome and professional fitness // *Honey. Stud.* – 2016. – Vol. 31. – P. 286-294.

10. Suliga E., Coziel D., Chesla E et al. Coffee consumption and the occurrence and severity of metabolic syndrome: a cross-sectional study // *Int. J. Food Sci. Nutr.* – 2017. – Vol. 68. – P. 507-513.

11. Suliga E., Kozel D., Glushek S. Prevalence of metabolic syndrome in normal weight individuals // *Ann. Agr. Environ. Honey.* – 2016. – Vol. 23. – P. 631-635.

ОЦЕНКА МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ

Адилова Н.Ш., Шагазатова Б.Х.

Цель: оценка метаболических изменений у больных с метаболическим ожирением, перенесших бариатрическую операцию. **Материал и методы:** в исследовании приняли участие 163 пациента, чей индекс массы тела превышал 40 или 35 кг/м² как минимум с одним осложнением ожирения, которые перенесли рукавную гастрэктомию либо минигастрошунтирование желудка. **Результаты:** у пациентов, перенесших бариатрическую операцию, отмечалось достоверное снижение избыточной массы тела по отношению к величине до лечения ($p < 0,001$). Итоговое среднее значение снижения массы тела (через 24 мес.) составило 30,3 кг. В течение года после операции уровень глюкозы имел устойчивую тенденцию к снижению. **Выводы:** необходимы дальнейшие, длительные наблюдения для выявления наиболее эффективных и безопасных методов бариатрического лечения.

Ключевые слова: рукавная гастрэктомия, минигастрошунтирование желудка, масса тела, метаболические показатели.

