

*Елисеева В.М.*

## **ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ТЕХНИКИ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ**

*Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Дорох Н.Н.*

*Кафедра общей хирургии*

*Белорусский государственный медицинский университет г. Минск*

**Актуальность.** Морбидное ожирение является серьезной медико-социальной проблемой, связанной с широким распространением данного хронического заболевания, ростом количества лиц с индексом массы тела (ИМТ) более 40 кг/м<sup>2</sup>, высоким риском тяжелой сопутствующей патологии, приводящей к увеличению показателей смертности, снижению качества жизни, значительным затратам на лечение. В настоящее время доказано, что эффективность бариатрической хирургии значительно превосходит любой из консервативных методов лечения ожирения, однако остается вопрос выбора оптимального варианта оперативного вмешательства.

**Цели:** улучшить результаты лечения пациентов с морбидным ожирением путем разработки, обоснования и внедрения в клиническую практику новых методов персонализированного выбора бариатрической операции.

**Материалы и методы.** В исследование включены 268 пациентов с морбидным ожирением, проходивших плановое хирургическое лечение в городском центре герниологии и бариатрической хирургии УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко» г. Минска в период с 2006 по 2021 годы. Тип пищевого поведения (ТПП) у пациента с МО определяли на основании количественных результатов Голландского опросника пищевого поведения (Dutch Eating Behavior Questionnaire – DEBQ). Эффективность оперативного лечения оценивали в сроки 3, 6, 12, 24 месяца (100%) и 5 лет после выполнения операции (93,9% в основной группе и 68,75% в группах сравнения 1–3). В период 3, 6, 12 и 24 месяца после выполнения хирургического лечения проведено анкетирование для определения ТПП. Статистический анализ был выполнен с помощью программы Статистика 10.0.

**Результаты и их обсуждение.** Начиная с 6-го месяца наблюдения и до завершения исследования, значения МТ у пациентов с экстернальным ТПП (группа А) ниже ( $p < 0,05$ ), чем у пациентов других групп, тогда как при эмоциональном ТПП (группа Б) отмечены наибольшие показатели. Через 3 года после оперативного лечения у пациентов группы А отмечено снижение МТ в 2 раза от исходного уровня ( $Z=3,82$ ;  $p < 0,05$ ), что превосходит ( $p < 0,05$ ) динамику уменьшения веса как в группе Б, так и в группе В (ограничительный ТПП) (снижение в 1,4 раза ( $Z=2,52$ ;  $p=0,01$ ) и в 1,7 раза ( $Z=2,02$ ;  $p=0,04$ ) соответственно). Спустя 6 месяцев после операции у пациентов с экстернальным ТПП уменьшение ИМТ происходило более интенсивно ( $N=20,78$ ;  $p < 0,05$ ) и к завершению исследования его значение было меньше на 9,76 кг/м<sup>2</sup>, чем у пациентов с эмоциогенным ТПП, и на 4,56 кг/м<sup>2</sup> меньше ( $N=22,46$ ;  $p < 0,05$ ), чем у пациентов с ограничительным. Наибольший процент потери избыточного веса в 3 месяца отмечен у пациентов с ограничительным ТПП, который превосходил значения группы Б в 2,6 раза и группы А – в 1,3 раза ( $N=23,93$ ;  $p < 0,05$ ).

**Выводы:** 1. Основные ТПП выявляются у всех пациентов с морбидным ожирением и являются его специфическим критерием (частота встречаемости 100%). Все ТПП в группе пациентов с ИМТ от 40 до 60 кг/м<sup>2</sup> имеют характерные отличия по возрасту, полу и наличию сопутствующей патологии, а в группе с ИМТ > 60 кг/м<sup>2</sup> имеется статистически значимая связь между эмоциогенным и ограничительным типом пищевого поведения по полу, а также между ограничительным и экстернальным типом пищевого поведения по возрасту.

2. Разработанный и внедренный в практику персонализированный алгоритм выбора бариатрической операции у пациентов с морбидным ожирением, основанный на рациональном методе хирургического лечения в соответствии с ИМТ и ТПП, способствует ранней и продолжительной нормализации массы тела.