

ВЫБОР ВАРИАНТА БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

¹Варикаш Д.В., ²Богдан В.Г., ³Дорох Н.Н.

¹УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко»,

²«Национальная академия наук Беларуси»,

*³УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Введение. В настоящее время, по мнению большинства авторов, бариатрическая хирургия обладает неоспоримыми преимуществами в лечении пациентов с морбидным ожирением.

Выбор методики хирургического вмешательства основывается на общих принципах бариатрической хирургии и до настоящего времени остается предметом дискуссии среди специалистов. Также стоит отметить, что на сегодняшний день не существует четкого алгоритма выбора бариатрической операции с учетом типа нарушения пищевого поведения.

Цель исследования. Улучшение результатов комплексного лечения пациентов с морбидным ожирением путем разработки, обоснования и внедрения нового метода персонифицированного выбора варианта бариатрической операции.

Материал и методы исследования. Проведен анализ ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения 81 пациента с морбидным ожирением, которые проходили плановое оперативное лечение в городском центре герниологии и бариатрической хирургии на базе УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко» г. Минска с 2014 по 2017 год.

Методом простой рандомизации все пациенты были разделены на 4 группы в зависимости от использования различных принципов выбора варианта бариатрической операции.

Тип нарушения пищевого поведения пациента с морбидным ожирением определяли на основании количественных результатов Голландского опросника пищевого поведения (Dutch Eating Behavior Questionnaire – DEBQ), который состоит из 33 вопросов.

У пациентов основной группы для определения оптимального варианта оперативного лечения использовали разработанный алгоритм выбора бариатрической операции (патент Республики Беларусь на изобретение № 22570, инструкция по применению «Алгоритм выбора варианта хирургической (бариатрической) операции у пациентов с морбидным ожирением», утверждена Министерством здравоохранения Республики Беларусь 06.09.2019, регистрационный номер 107-0719), который включал последовательное выполнение отдельных этапов.

Указанные группы были сопоставимы ($p < 0,05$) по возрасту, полу, ИМТ, характеру сопутствующей патологии.

Эффективность оперативного лечения оценивали на основании: количества местных и общих осложнений во время операции, в раннем и позднем послеоперационном периоде, уровня послеоперационной летальности. В сроки 3, 6, 12, 24 месяца (у всех пациентов (100%)) и 5 лет после выполнения бариатрической операции (у 93,9% в основной группе (31 из 33) и у 68,75% в группах сравнения 1–3 (11 из 16 пациентов)) определяли массу тела, индекс массы тела, процент потери избыточного веса, процент потери избыточного ИМТ, индекс висцерального ожирения, индекс фиброза печени, показатели систолического и диастолического артериального давления (АД), уровень альбумина, общего холестерина, триглицеридов, холестерин липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП), холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП) и глюкозы крови.

Результаты и их обсуждение. В основной группе в раннем и отдаленном послеоперационном периоде у всех 33 пациентов местные и общие осложнения отсутствовали.

При анализе динамики изменения массы тела установлено достоверное ($p < 0,05$) снижение веса у пациентов во всех группах, начиная с 3 месяцев после операции, как по отношению к дооперационному уровню, так и в сравнении с показателями в контрольных сроках наблюдения в динамике. Причем в основной группе пациентов отмечается достоверное ($p < 0,05$) снижение массы тела вплоть до 24 месяцев после оперативного лечения, в то время как во всех группах сравнения масса тела снижалась до 12 месяцев и достоверных отличий ($p > 0,05$) в изменении массы тела в группах сравнения в сроки 12 месяцев и 24 месяца после оперативного лечения не выявлено.

При анализе изменения индекса массы тела, начиная с 3 месяцев после операции, установлено достоверное ($p < 0,05$) снижение ИМТ во всех группах пациентов как по отношению к дооперационному уровню, так и в сравнении с показателями в контрольных сроках наблюдения в динамике. При этом в основной группе пациентов ИМТ достоверно ($p < 0,05$) снижался до 24 месяцев после оперативного лечения, в то время как в группах сравнения ИМТ уменьшался до 12 месяцев, достоверных отличий ($p > 0,05$) в изменении ИМТ в группах сравнения в сроки 12 и 24 месяца после оперативного лечения не выявлено.

Достоверные различия ($p < 0,05$) в изменении EWL между основной группой и группами сравнения 1 и 2 отмечены через 3, 6, 12 и 24 месяца наблюдения. При этом в основной группе снижение ($p < 0,05$) EWL достигало 20%, 35%, 56,47% и 59,63% соответственно.

При анализе процента потери избыточного ИМТ установлено достоверное ($p < 0,05$) увеличение процента потери избыточного ИМТ во всех группах пациентов в сравнении с показателями в контрольных сроках наблюдения в динамике. В основной группе процент потери избыточного ИМТ увеличивался до 24 месяцев после оперативного лечения, в то время как в группах сравнения – до 12 месяцев. Достоверных отличий ($p > 0,05$) в

проценте потери избыточного ИМТ в группах сравнения 1, 2 и 3 в сроки 12 месяцев и 24 месяца после оперативного лечения не выявлено.

При анализе индекса висцерального ожирения установлено достоверное ($p < 0,05$) его снижение во всех группах пациентов в сравнении с показателями в контрольных сроках наблюдения в динамике. В основной группе индекс висцерального ожирения снижался до 24 месяцев после оперативного лечения, в то время как в группе сравнения 2 аналогичная динамика отмечена до 6 месяцев, а в группах сравнения 1 и 3 – до 12 месяцев. Достоверных отличий ($p > 0,05$) в индексе висцерального ожирения в группе сравнения 2 в сроки 6, 12 и 24 месяца, а также в группах сравнения 1 и 3 в сроки 12 месяцев и 24 месяца после оперативного лечения не выявлено.

При анализе индекса фиброза печени установлено достоверное ($p < 0,05$) его снижение во всех группах пациентов в сравнении с показателями в контрольных сроках наблюдения в динамике. Рассчитанные величины NFS во всех группах были менее $-1,455$, что свидетельствовало об отсутствии у всех пациентов с морбидным ожирением, включенных в исследование, значительного фиброзного процесса в печени.

При анализе липидного спектра крови (ТГ, ЛПНП, ЛПВП, ОХ) во всех сравниваемых группах достоверные отличия ($p < 0,05$) отмечены в сроки 3 месяца после оперативного лечения.

Клиническое использование дифференцированного подхода в выборе варианта операции позволило уменьшить ($p < 0,05$) общую продолжительность стационарного лечения на 2–7 койко-дней, что сопровождалось определенным положительным экономическим эффектом. Длительность послеоперационного периода в основной группе была также меньше ($p < 0,05$), чем в группах сравнения 2 и 3, на 3 и 2 койко-дня соответственно.

Также был проведен анализ по показателям МТ, ИМТ, EWL, EBL, ИВО, NFS, САД, ДАД, глюкоза крови во всех группах пациентов через 5 лет после проведенного оперативного лечения. Во всех группах пациентов результаты оцениваемых показателей через 5 лет после оперативного лечения были сопоставимы с результатами оцениваемых показателей через 24 месяца после оперативного лечения ($p > 0,05$), статистически значимых отличий выявлено не было.

Выводы. Применение всех видов бариатрических операций в качестве хирургического лечения пациентов с морбидным ожирением является эффективным инструментом для снижения массы тела, показателей индексов массы тела, висцерального ожирения, фиброза печени, с увеличением процента потери избыточного веса и избыточного ИМТ, а также успешной коррекции патологических проявлений метаболического синдрома и повышения качества жизни вне зависимости от имеющегося типа нарушения пищевого поведения, но с разной степенью эффективности. Применение разработанного персонифицированного подхода к выбору бариатрической операции позволяет достоверно повысить эффективность хирургического лечения морбидного ожирения путем стойкого снижения и стабилизации

массы тела, лабораторных показателей метаболического синдрома, а также повышения качества жизни в срок не менее 5 лет. Отсутствие дифференцированного выбора бариатрической операции без учета типа нарушения пищевого поведения сопряжено с высоким риском развития послеоперационных осложнений и недостаточной клинической результативностью лечения.