

Елисеева В.М.

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЫБОРА БАРИАТРИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МОРБИДНОМ ОЖИРЕНИИ НА ОСНОВЕ ТИПА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

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

*Кафедра хирургии и трансплантологии с курсом повышения квалификации и переподготовки
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Актуальность. Морбидное ожирение (МО) – глобальная медико-социальная проблема, ведущий фактор риска кардиометаболических заболеваний и преждевременной смертности. Бариатрическая хирургия – наиболее эффективный метод лечения МО, однако критерии выбора оптимального типа операции требуют уточнения. Пищевое поведение рассматривается как ключевой патогенетический компонент ожирения, но его роль в планировании хирургического лечения системно не изучена.

Цель: улучшение результатов лечения пациентов с МО путем разработки и внедрения персонализированного алгоритма выбора бариатрического вмешательства на основе индекса массы тела (ИМТ) и типа пищевого поведения (ТПП).

Материалы и методы. В ретроспективное исследование включено 274 пациента с МО (ИМТ >40 кг/м²), проходивших плановое хирургическое лечение в городском центре герниологии и бариатрической хирургии УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко» и в 1-ом хирургическом отделении УЗ «5-я городская клиническая больница» г. Минска в период с 2006 по 2025 годы. Тип пищевого поведения определялся с помощью валидизированного Голландского опросника DEBQ.

Для углубленного анализа методом сплошной выборки отобраны 158 пациентов, разделенных на группы: ИМТ 40–60 кг/м² (n=136) и ИМТ >60 кг/м² (n=22). Эффективность лечения оценивалась по динамике массы тела, ИМТ, проценту потери избыточной массы тела, частоте осложнений и показателям качества жизни (опросник SF-36) в сроки до 5 лет после операции. Статистический анализ был выполнен с помощью программы Statistika 10.0.

Результаты и их обсуждение. В группе с ИМТ 40–60 кг/м² преобладал экстернальный ТПП (43%), затем эмоциогенный (32%) и ограничительный (25%). В группе с ИМТ >60 кг/м² доминировал эмоциогенный ТПП (50%). Начиная с 6-го месяца наблюдения и до конца исследования у пациентов с экстернальным ТПП (группа А) регистрировались статистически значимо более низкие показатели массы тела (p<0,05) в сравнении с остальными группами, в то время как при эмоциогенном ТПП (группа Б) фиксировались наиболее высокие значения. Спустя 3 года после операции у пациентов группы А отмечено снижение массы тела в 2 раза от исходного уровня (Z=3,82; p<0,05), что значимо превышало (p<0,05) динамику снижения веса как в группе Б, так и в группе В с ограничительным ТПП, где уменьшение составило в 1,4 раза (Z=2,52; p=0,01) и в 1,7 раза (Z=2,02; p=0,04) соответственно. Через 6 месяцев после вмешательства у пациентов с экстернальным ТПП индекс массы тела снижался интенсивнее (H=20,78; p<0,05), и к окончанию исследования его значение было на 9,76 кг/м² меньше, чем у пациентов группы А, и на 4,56 кг/м² меньше (H=22,46; p<0,05), чем в группе В. Максимальный процент утраты избыточной массы тела через 3 месяца наблюдался у пациентов группы В, превышая показатели группы Б в 2,6 раза, а группы А — в 1,3 раза (H=23,93; p<0,05).

Выводы:

1. Тип пищевого поведения является универсальной характеристикой (100% встречаемость) у пациентов с морбидным ожирением и имеет специфическое распределение в зависимости от степени ожирения, демографических и клинических показателей.
2. Индивидуализированный алгоритм выбора бариатрического вмешательства, интегрирующий оценку ИМТ и ТПП пациента, оптимизирует хирургическую тактику. Его применение способствует достижению стойкой ремиссии, улучшению качества жизни и минимизации послеоперационных рисков, тогда как игнорирование ТПП сопряжено с недостаточной эффективностью лечения.