



БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЙ

Тешаев О.Р.¹,
Жумаев Н.А.²,

Ташкентская медицинская академия, кафедра хирургических
болезней

<https://www.doi.org/10.37547/ejmns-v03-i02-p1-33>

ARTICLE INFO

Received: 12th February 2023

Accepted: 21th February 2023

Online: 22th February 2023

KEY WORDS

Ожирение, продольная
резекция желудка,
минигастрошунтирование,
BAROS, Clavien-Dindo.

ABSTRACT

Исследованы 200 больных с ожирением, получивших хирургическое лечение. Они были разделены на 2 группы. Первая (сравнения, А) группа - продольная резекция желудка (ЛПРЖ). Вторая (основная, Б) группа - минигастрошунтирование (МГШ). Для определения характера осложнений после операции принята классификация Clavien-Dindo. Для оценки качества жизни принимался опросник BAROS. Техника операции - лапароскопическая. Срок исследования - ранний послеоперационный, 3, 6, 8, 12 мес после операции. Итак, при сравнении первой и второй групп выявлено, что объем кровопотери у пациентов основной группы превышал группу сравнения в 3 раза ($p=0,01$). Время операции было при выполнении МГШ было длиннее вмешательства ЛПРЖ на 57,6 % ($p=0,01$). Количество интраоперационных, ранних и близких послеоперационных осложнений во второй группе было больше первой группы в 2,3, 1,8, и 4,4 раза ($p=0,01$). По классификации Clavien-Dindo, степень серьезности у пациентов основной группы была выше группы сравнения по Clavien I в 1,7 раз ($p=0,01$), II - в 3,2 раза ($p=0,01$), IIIa - а 5,1 раз ($p=0,01$), IIIb - в 8,1 раз ($p=0,01$), и IV - в 1,1 раз ($p=0,01$). Оценка процента снижения избыточного веса показало, что у пациентов второй группы значение данного параметра превышало первую спустя 3 мес на 10,5 % ($p=0,01$), через 6 мес - на 12,8 % ($p=0,01$), через год - на 11,2 % ($p=0,01$), и через 18 мес - на 13,5 % ($p=0,01$). При оценке качества жизни по опроснику BAROS выявлено, что процент неудовлетворительного результата был



достоверно повышен у больных основной группы относительно группы сравнения, а удовлетворительного, хорошего, отличного – ниже на протяжении всего периода наблюдения (рис. 5). Выполнение лапароскопической продольной резекции желудка у пациентов с ожирением оказывается более оптимальнее и эффективнее при сравнении с минигастрошунтированием в раннем периоде.

Ожирение – это хроническая патология, обладающая сложным патогенетическим механизмом. До сих пор оптимального метода лечения, позволяющего эффективно и быстро снижать избыточный вес, не найдено. Поэтому, вопрос снижения частоты ожирения, ее диагностики, лечения и профилактики является первоочередным для здравоохранения [1].

Эпидемиологическое сведение показывает, что в мире есть более 1 млрд. человек с ожирением. В США избыточный вес равняет около 44,8 – 60,2 %, в Германии – 42,5 – 48,8 %, в Австралии – 29,5 – 39,9 %, в Китае примерно 7,9 – 13,8 %. В Российской Федерации заболеваемость ожирения отмечена у 16,0 % населения [2, 3].

Ожирение – это риск фактор ряда патологий - гипертонии, инфаркта миокарда, инсульта, болезни Альцгеймера, депрессии, остеоартрита, в том числе метаболического характера – сахарного диабета 2 типа и жировой болезни печени, и др. Поскольку избыточный вес оказывает непосредственное воздействие на метаболические процессы липопротеидов, приводя к повышению липопротеинов низкой плотности и триглицеридов, и уменьшению липопротеинов высокой плотности. Кроме того, ожирение может привести к снижению качества жизни, безработице, снижению производительности труда и социальному неблагополучию [4].

Современными рекомендациями по ожирению выявлено, основной причиной ожирения является энергетический дисбаланс между потребляемыми и израсходованными калориями. Однако на индивидуальном уровне мероприятия по снижению веса, направленные на сокращение потребления калорий и увеличение расхода энергии, часто не приносят успеха в долгосрочной перспективе. Хотя на первый взгляд ответственность лежит на пациенте, изменения в поведении (включая изменения в рационе питания и образе жизни), скорее всего, произойдут в результате изменений окружающей среды и общества. Такие изменения в поведении могут оказаться неэффективными при отсутствия поддерживающей политики в здравоохранение, сельском хозяйстве, пищевой промышленности и др. Социально-бытовые аспекты жизни, в том числе и ожирение, сопряжены с воздействием внешних предикторов, что обуславливает трудность изучения ожирения. Итак, ВОЗ рекомендует, что политика общества должна способствовать здоровому питанию и повышению физической активности среди населения [5].



Несмотря на серьезность вопроса, современные методы лечения избыточного веса остаются неудовлетворительным. Многие больные не могут начинать терапию из-за психологического стресса о необходимости соблюдения длительно однообразной диеты. Исходная масса тела восстанавливается через 6 месяцев после окончания курса лечения. Поэтому большинство приступивших к лечению не удается получить желаемый результат, а иногда, результаты оказываются хуже, чем ожидаемые. Нередко отмечается рецидив ожирения даже после успешного восстановления исходной массы тела [6].

Причинами эффективности медикаментозной терапии ожирения являются плохо контроль пациентов своего аппетита, трудность соблюдать диету и снижать принимаемую пищу. Поэтому оперативное лечение является наиболее эффективным методом в лечении избыточного веса. В практике разработано более 40 видов бариатрических операций. Доказанная долгосрочная эффективность использования бариатрических операций и увлечение продолжительности жизни больных после операции обусловил особому энтузиазму по их применению [7].

Цель исследования. Совершенствовать хирургическую терапию, применяемую при ожирении.

Материал и методы.

Исследованы 200 больных с ожирением, получивших хирургическое лечение. Они были разделены на 2 группы. Первая (сравнения, А) группа - продольная резекция желудка (ЛПРЖ). Вторая (основная, Б) группа - минигастрошунтирование (МГШ).

Исследуемые больные были совместимы по полу и возрасту. Пол мужской – 80 (40,0 %) и женский – 120 (60,0 %). Возраст – 23-70 лет.

Критериями входа. Возраст от 23 до 70 лет; индекс массы тела – более 40 кг/м²; легкие сопутствующие патологии; персональное согласие; соблюдение исследовательского порядка.

Критериями исключения. Возраст – моложе 23 и старше 70 лет; тяжелые хронические патологии; отказ.

Усредненное значение индекса массы тела (ИМТ) в первой группе равняло 36,5±5,1 кг/м², а в основной – 42,4±4,8 кг/м².

Техника операции – лапароскопическая.

Больные были разделены по степени ожирения. I степень зарегистрирована у 60 (60,0 %) первой группы и 30 (30,0 %) – второй. II степень – у 20 (20,0 %) и 30 (30,0 %). III степень – у 20 (20,0 %) и 50 (50,0 %).

Методы исследования. применялись общеклинические, лабораторные и специальные методы.

Для определения характера осложнений после операции принята классификация Clavien-Dindo, которая состоит из 7 степеней (I, II, IIIa, IIIb, IVa, IVb и V). Итак, можно точно оценить осложнения после бариатрических операций.

Для оценки качества жизни принимался опросник BAROS.

Техника операции. Под общим наркозом, положение больного на столе с разведенными ногами, при катетеризации мочевого пузыря. Перед операцией пациентам назначаются антибиотикопрофилактика.



Срок исследования – ранний послеоперационный, 3, 6, 8, 12 мес после операции.

Методы статистического анализа полученных результатов выполнены при помощи с помощью приложения Microsoft Excel 2013, и программ STATISTICA 6,0, с использованием критерия Колмогорова-Смирнова и критерия ШапироУилка.

Результаты и обсуждения.

До хирургической терапии прекращен прием всех антикоагулянтов, метаболизирующейся терапии,

Большое значения в выборе методики выполнения бариатрической операции играет индекс массы тела (ИМТ) пациента, а также среднее значение избыточного веса.

Полученными результатами выявлено, что средняя кровопотеря, возникающее во время операции, у пациентов исследования значительно варьировалась. Так, среднее количество интраоперационной кровопотери в первой группе составило $23,9 \pm 10,1$ мл, а во второй – $95,2 \pm 13,7$ мл.

Длительность оперативного вмешательства также оказалась разной. В группе сравнения она равняла – $92,5 \pm 9,8$ мин, а в основной – $145,6 \pm 12,1$ мин.

У некоторых больных во время операции видно наличие в верхнем этаже брюшной полости множественных спаек. Плоские спайки диагностированы у 2 (2,0 %) пациентов первой группы и 5 (5,0 %) – второй. Перивезикальные спайки обнаружены у 7 (7,0 %) и 12 (12,0 %) соответственно.

Интраоперационные осложнения являлись кровотечением, перфорацией тонкой кишки. Их частота в группе сравнения составила 3 (3,0 %), а в основной – 10 (10,0 %).

В раннем периоде (менее 25 суток) после операции продемонстрировано развитие ряд осложнений, таких как ежедневная частый жидкий стул, одно- или двукратная рвота, повторное вмешательство, серома в области троакарной раны, нагноение раны, кровотечение из троакарного прокола, повторное поступление в клинику, острая инфекция мочевых путей, анастомозит, желудочное кровотечение, парез тонкой кишки, гематома в поддиафрагмальной области. В первой группе количество данных осложнений равняло 12 (12,0 %), а во второй – 34 (34,0 %) (рис. 1).



Рисунок 1. Количество интраоперационных (ИО) и послеоперационных (ПО, < 25 суток) осложнений. ОИМП – острая инфекция мочевых путей



Рисунок 2. Количество близких послеоперационных (ПО, > 25 дней) осложнений. ТГВНК – тромбоз глубоких вен нижних конечностей

В близком периоде (более 25 дней) после операции отмечено формирование ряда осложнений. Они появились в виде ежедневной тошноты и рвоты (в связи с рекомендациями диеты), тромбоз глубоких вен нижних конечностей, повторной госпитализации, нарушения рациона питания, спаечной кишечной непроходимости,

повторного планового оперативного вмешательства (герниопластики послеоперационной грыжи, лапароскопической холецистэктомия). Данные по последствие регистрировались у 7 (7,0 %) пациентов группы сравнения и 38 (38,0 %) – основной.

При определении характера послеоперационных осложнений по классификации Clavien-Dindo, установлено, что Clavien I составил 11 (11,0 %) первой группы и 30 (30,0 %) – второй, Clavien II – 4 (4,0 %) и 17 (17,0 %), Clavien IIIa – 2 (2,0 %) и 14 (14,0 %), Clavien IIIb – 1 (1,0 %) и 18 (18,0 %), Clavien IV – 1 (1,0 %) и 3 (3,0 %) (рис. 3).

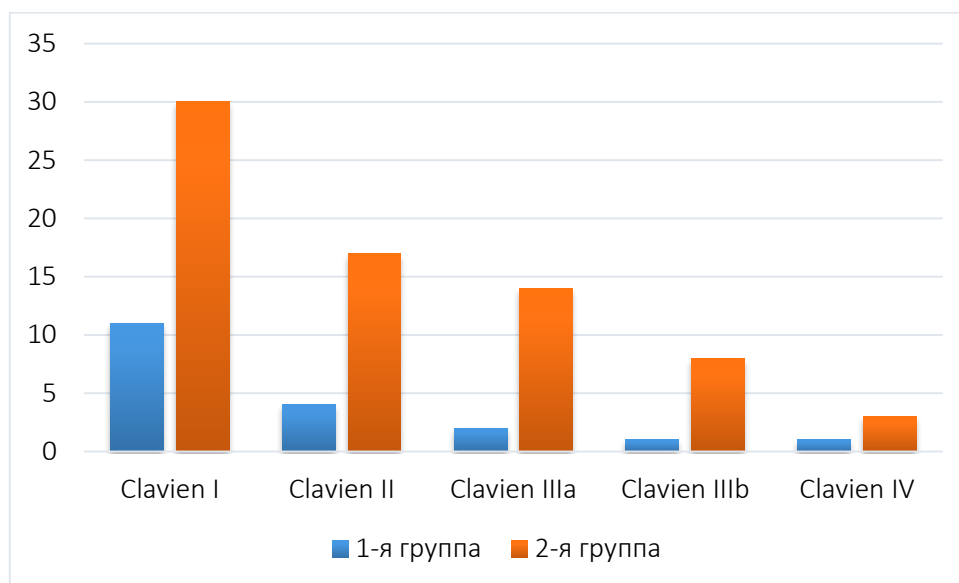


Рисунок 3. Сравнительная оценка ранних и близких послеоперационных осложнений

Для оценки процента снижения избыточного веса, больным исследуемых групп определялось количество избыточной массы тела через 3, 6, 12, 18 месяцев (рис. 4).

Спустя 3 месяца процент снижения избыточной массы у пациентов группы сравнения составил 50 % ($p=0,01$). В то же время в основной группе данный показатель составил 45 % ($p=0,01$).

После 6 мес на оперативной терапии частота снижения избыточной массы в первой группе равняла 65 % ($p=0,01$), а во второй – 51 % ($p=0,01$).

Через 12 месяцев процент снижения избыточного веса составил 73 % ($p=0,01$) среди больных группы сравнения и 68 % ($p=0,01$) - основной.

Спустя 18 мес данный показатель равнял 50 и 74 % ($p=0,01$) соответственно.

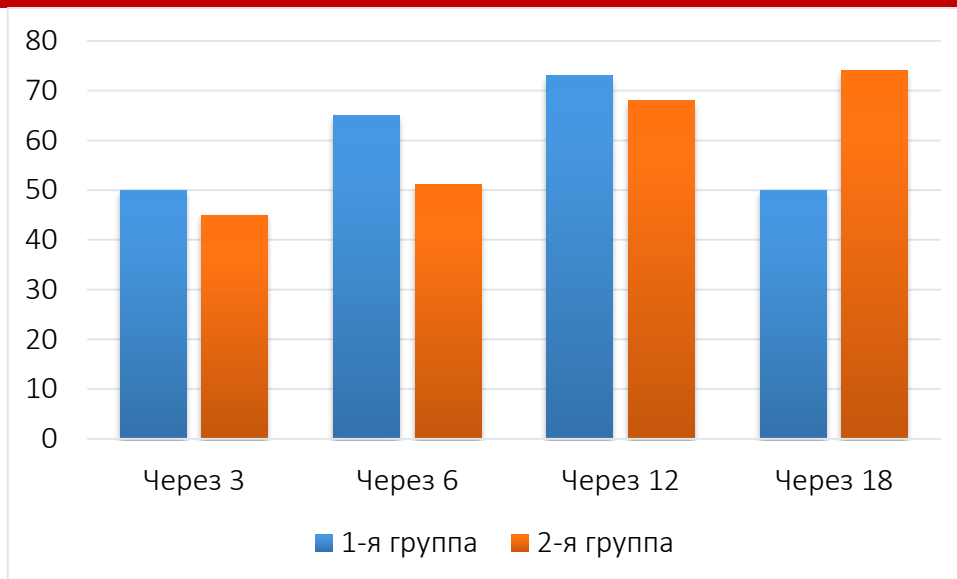


Рисунок 4. Количество снижения избыточной массы через 3, 6, 12, 18 месяцев

При оценке качества жизни выявлено, что существенное снижение проявлений сопутствующих (рефлюкс-эзофагита, гипертонии, сахарного диабета II типа, дислипидемии) заболеваний после операции. Спустя 6 месяцев данное отмечено у 8 (8,0 %) больных первой группы и 11 (11,0 %) – второй, через 12 – у 12 (12,0 %) и 16 (16,0 %) соответственно, и через 18 – у 25 (25,0 %) и 37 (37,0 %) соответственно.

Результаты опросника BAROS показали, что спустя 3 мес неудовлетворительный результат составил 20 (20,0 %) – группы сравнения и 50 (50,0 %) – основной. При этом удовлетворительный балл отмечен у 50 (50,0 %) и 40 (40,0 %) соответственно, хороший – 20 (20,0 %) и 10 (10,0 %) соответственно. Отличный результат регистрировался у 10 (10,0 %) пациентов первой группы (рис. 5).

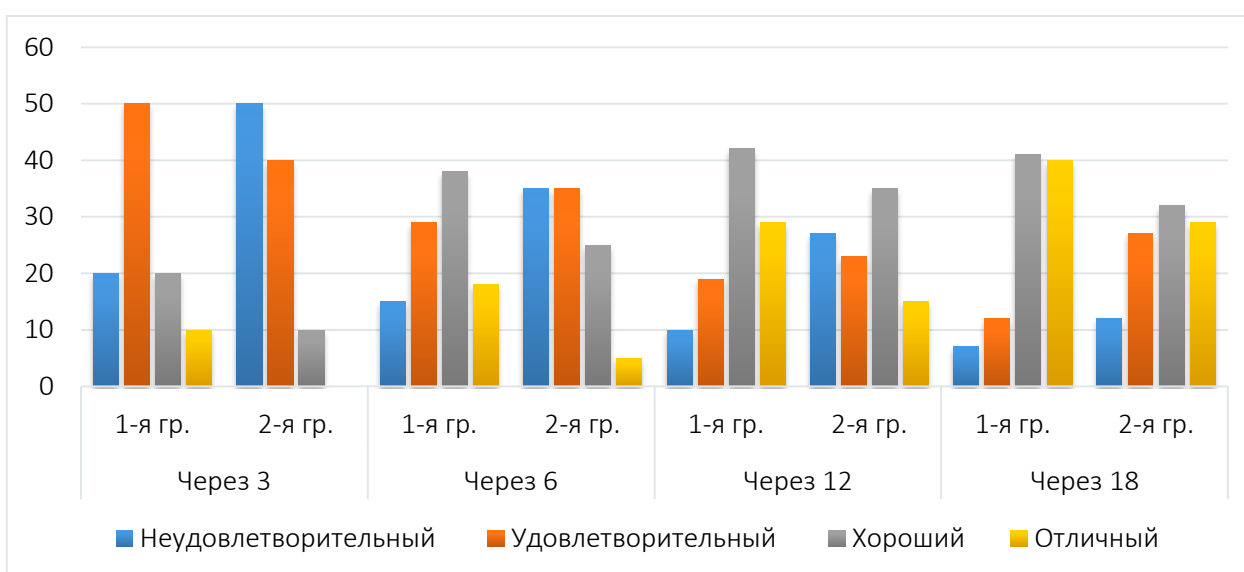


Рисунок 5. Данные опросника BAROS



Спустя 6 месяце результат (неудовлетворительный, удовлетворительный, хороший, отличный) опросника BAROS в первой группе составил 15 (15,0 %), 29 (29,0 %), 38 (38,0 %), 18 (18,0 %), а во второй – 35 (35,0 %), 35 (35,0 %), 25 (25,0 %), 5 (5,0 %).

Через год оперативной терапии неудовлетворительный результат BAROS составил 10 (10,0 %) и 27 (27,0 %) в первой и второй группах, удовлетворительный – 19 (19,0 %) и 23 (23,0 %), хороший – 42 (42,0 %) и 35 (35,0 %), отличный – 29 (29,0 %) и 15 (15,0 %) соответственно.

После 18 месяцев бариатрического лечения опросник BAROS группы сравнения показал, что неудовлетворительный балл составил 7 (7,0 %), удовлетворительный – 12 (12,0 %), хороший – 41 (41,0 %), отличный – 40 (40,0 %). В основной группе данные показатели равняли 12 (12,0 %), 27 (27,0 %), 32 (32,0 %) и 29 (29,0 %) соответственно.

Итак, при сравнении первой и второй групп выявлено, что объем кровопотери у пациентов основной группы превышал группу сравнения в 3 раза ($p=0,01$).

Время операции было при выполнении МГБ было длиннее вмешательства ЛПРЖ на 57,6 % ($p=0,01$).

Количество интраоперационных, ранних и близких послеоперационных осложнений во второй группе было больше первой группы в 2,3, 1,8, и 4,4 раза ($p=0,01$).

По классификации Clavien-Dindo, степень серьезности у пациентов основной группы была выше группы сравнения по Clavien I в 1,7 раз ($p=0,01$), II – в 3,2 раза ($p=0,01$), IIIa – а 5,1 раз ($p=0,01$), IIIb – в 8,1 раз ($p=0,01$), и IV – в 1,1 раз ($p=0,01$).

Оценка процента снижения избыточного веса показало, что у пациентов второй группы значение данного параметра превышало первую спустя 3 мес на 10,5 % ($p=0,01$), через 6 мес – на 12,8 % ($p=0,01$), через год – на 11,2 % ($p=0,01$), и через 18 мес – на 13,5 % ($p=0,01$).

При оценке качества жизни по опроснику BAROS выявлено, что процент неудовлетворительного результата был достоверно повышен у больных основной группы относительно группы сравнения, а удовлетворительного, хорошего, отличного – ниже на протяжении всего периода наблюдения (рис. 5).

Выводы.

Выполнение лапароскопической продольной резекции желудка у пациентов с ожирением оказывается более оптимальнее и эффективнее при сравнении с минигастрошунтированием в ранних после операционном периоде.

References:

1. Лерман О.В., Лукина Ю.В., Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю. Медикаментозное лечение ожирения: особенности врачебных назначений, информированность, приверженность и отношение больных к лекарственной терапии ожирения // Клиницист. 2019. Т. 13. № 1-2. С. 27-33.
2. Мустафина С.В., Малютина С.К., Рымар О.Д., Щербакова Л.В., Vobak M., Воевода М.И. Эпидемиология ожирения и развитие нарушений углеводного обмена, по данным проспективного исследования в Сибири. Ожирение и метаболизм. 2015;12(4):14-28. <https://doi.org/10.14341/omet2015414-28>



3. Chooi YC, Ding C, Magkos F. The epidemiology of obesity. *Metabolism*. 2019 Mar;92:6-10. doi: 10.1016/j.metabol.2018.09.005. Epub 2018 Sep 22. PMID: 30253139.
4. Вейцман И.А., Кузьмина А.Д., Андриенко А.В., Белов М.А. Ожирение: перспективные патогенетические направления лечения ожирения (обзор литературы) // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. 2020. № 1. С. 168-171.
5. Семикова Г.В., Мозгунова В.С., Остроухова Е.Н., Арефьева А.Н., Волкова А.Р. Ожирение: современные рекомендации по лечению, роль бариатрической хирургии // Вестник терапевта. 2021. № 2 (49). С. 16-29.
6. Несват В.А. Проблема ожирения и индивидуально - психологические особенности больных ожирением // Новая наука: От идеи к результату. 2016. № 2-3. С. 61-64.
7. Сахипов М.А., Пономарев Д.Н., Суслов Н.С., Гараев А.Т., Соцков А.Ю. Методы оперативных вмешательств в бариатрической хирургии // Научный Лидер. 2022. № 4 (49). С. 77-80.
8. Тешаев О.Р., Рузиев У.С., Тавашаров Б.Н., & Жумаев Н.А. (2020). ЭФФЕКТИВНОСТЬ БАРИАТРИЧЕСКОЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ. *Медицинские новости*, (6 (309)), 64-66.
9. Khaitov, I. B., & Jumaev, N. A. (2023). SIMULTANEOUS OPERATION: LIVER ECHINOCOCCOSIS AND SLEEVE RESECTION (CLINICAL CASE).
10. Teshaeв, O. R., Ruziev, U. S., Murodov, A. S., & Zhumaev, N. A. (2019). THE EFFECTIVENESS OF BARIATRIC AND METABOLIC SURGERY IN THE TREATMENT OF OBESITY. *Toshkent tibbiyot akademiyasi axborotnomasi*, (5), 132-138.