

4,2, во второй – 3.6. Ремиссия сахарного диабета 2 типа в первой группе наблюдалась у 72% пациентов, во второй – у 82%. Снижение АГ в первой группе – 73%, во второй – 85%.

Важным показателем эффективности бариатрических операций является динамика потери веса после операции. Средний показатель снижения веса по двум группам в течение 2 лет составил 84%. В первой группе в течение 1 года этот показатель составил 72%, за второй – 62%. При минишунтировании (вторая группа) в первый год снижение избыточной массы составило 92%, за второй год – 88%.

Выводы. Гастрошунтирование является одним из самых эффективных и вместе с тем безопасных методов хирургического лечения ожирения и метаболического синдрома. Минигастрошунтирование может стать альтернативой всем шунтирующим операциям, особенно у пациентов при сочетании морбидного ожирения и ГЭРБ.

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

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

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

²УО «Белорусский государственный медицинский университет», военно-медицинский факультет, г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Количество операций по поводу морбидного ожирения в мире увеличивается с каждым годом, однако до настоящего времени отсутствует единый комплексный подход, основанный на принципе персонифицированной медицины, для выбора варианта хирургической коррекции. Существует необходимость разработки эффективного метода, позволяющего на основании индекса массы тела и типа нарушения пищевого поведения (ТНПП) пациента осуществлять дифференцированный объективный выбор рационального хирургического лечения.

Цель исследования: оценить клиническую эффективность применения разработанного метода выбора бариатрической операции у пациентов с морбидным ожирением.

Материал и методы исследования. Проведен анализ ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения 85 пациентов с морбидным ожирением (ИМТ более 40 кг/м²), которые проходили плановое оперативное лечение в городском центре герниологии и бариатрической хирургии г. Минска. Все пациенты методом простой рандомизации были разделены на 2 группы в зависимости от технологии использования метода выбора варианта бариатрической операции. В группу 1 (основная) были включены 52 пациента (16 мужчин (30,8%) и 36 женщин (69,2%)) в возрасте от 20 до 63 лет (средний возраст 41,1±7,9 года) с ИМТ 47,6±4,2 кг/м². У пациентов основной группы выбор варианта бариатрической операции проводили по разработанному методу (уведомление о положительном решении, исследование одобрено этической комиссией УЗ «4-я городская клиническая больница»). При ИМТ более 60 кг/м² пациенту выполняли мальабсорбтивную бариатрическую операцию, при ИМТ от 40 до 60 кг/м² предварительно определяли ТНПП и при выявлении ограничительного ТНПП выполняли рестриктивную бариатрическую операцию, при выявлении эмоциогенного типа проводили частичную мальабсорбтивную бариатрическую операцию, а при экстернальном ТНПП – комбинированную бариатрическую операцию, включающую рестриктивный и частичный мальабсорбтивный компонент. ТНПП определяли на основании опросника, предложенного T. van Strien и соавторами. В зависимости от ТНПП пациенты основной группы были разделены на 3 подгруппы. По результатам 52 опросников преобладающим ТНПП у пациентов основной группы был эмоциогенный тип (27 (51,92%) пациентов), экстернальный ТНПП выявлен у 13 (25%) пациентов, ограничительный – у 12 (23,08%) пациентов. Отдельно выделена подгруппа пациентов с ИМТ более 60 кг/м².

В группу 2 (группа сравнения) были включены 33 пациента (11 мужчин (34,4%) и 21 женщина (65,6%)) в возрасте от 27 до 57 лет (средний возраст 41,8±8,3 года). ИМТ составил

49,3±3,6 кг/м². Всем пациентам, независимо от ТНПП, выполнена гастрощунтирующая операция (операция W.O. Griffen) из лапаротомного доступа. Достоверных различий ($p>0,05$) между пациентами основной и контрольной групп по возрасту, полу, ИМТ, росту, весу, ТНПП не было.

Эффективность оперативного лечения оценивали на основании: количества местных и общих осложнений во время операции, в раннем и позднем послеоперационном периодах, уровню послеоперационной летальности. В сроки 3, 6 и 12 месяцев после выполнения бариатрической операции у пациентов оценивали массу тела, ИМТ, индекс висцерального ожирения (ИВО), индекс фиброза печени (ИФП), показатели метаболического синдрома (МС). Качество жизни оценивалось с использованием русскоязычного варианта опросника EuroQol-5D-3L.

Результаты и их обсуждение. У всех пациентов с морбидным ожирением имеются нарушения пищевого поведения. Применение всех видов бариатрических операций для хирургического лечения пациентов с морбидным ожирением является эффективным инструментом для снижения массы тела, показателей ИМТ, ИВО, ИФП, с увеличением процента потери избыточного веса и избыточного ИМТ, успешной коррекции патологических проявлений МС вне зависимости от имеющегося ТНПП, но с разной степенью эффективности. Лучшие результаты лечения и более выраженная ($p<0,05$) положительная динамика изменения весовых и лабораторных показателей отмечена в основной группе у пациентов с эмоциогенным ТНПП при выполнении им частичной мальабсорбтивной операции и у пациентов с экстернальным типом при выполнении комбинированной (рестриктивной и частичной мальабсорбтивной) операции, а также у пациентов группы сравнения с экстернальным ТНПП, которые через 6-12 месяцев после выполнения операций избавились от ожирения с достоверным улучшением качества жизни, с отсутствием нарушений углеводного, липидного обмена и артериальной гипертензии. Развитие после гастрощунтирующих операций стойких электролитных нарушений, не поддающихся

консервативной коррекции, у 33,3% пациентов с ограничительным ТНПП и у 25% пациентов с эмоциогенным в сочетании с недостаточной клинической эффективностью не позволяет рекомендовать применение комбинированных операций у пациентов с данными ТНПП.

Выводы. Разработанный метод выбора бариатрической операции, включающий определение ИТМ и ТНПП пациента, позволяет повысить эффективность комплексного лечения пациентов с морбидным ожирением и добиться положительного социального эффекта в послеоперационном периоде.

ПРОФИЛАКТИКА ОБРАЗОВАНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

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

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

²УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
военно-медицинский факультет, г. Минск, Республика Беларусь

Введение. По мировой статистике, в 7-24% случаев оперативное вмешательство с лапаротомным доступом сопровождается развитием послеоперационной вентральной грыжи. Наиболее часто грыжи возникают у пациентов с ожирением, пожилого и старческого возраста с признаками анатомо-функциональной недостаточности передней брюшной стенки, пониженной способностью к регенерации, наличием сопутствующих заболеваний. Таким образом, проблема профилактики послеоперационных вентральных грыж является на сегодняшний день актуальной, имеет не только медицинское, но и социально-экономическое значение. Существует необходимость разработки и клинического внедрения эффективного метода профилактики образования послеоперационных вентральных грыж у пациентов с морбидным ожирением с отсутствием риска развития осложнений и