

САДЫКИ Магомедшафи Нариманович

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ ПОСЛЕ
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ БАРИАТРИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ**
(клиническое исследование)

3.1.9. Хирургия (медицинские науки)

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор,
заслуженный деятель науки РФ и РД

Аскерханов Гамид Рашидович

Официальные оппоненты:

Василевский Дмитрий Игоревич – доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургии факультетской с курсом лапароскопической и сердечно-сосудистой хирургии с клиникой Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

Самойлов Владимир Сергеевич, кандидат медицинских наук, руководитель центра по развитию направления бариатрической и метаболической хирургии, врач-хирург ООО «Клиника «Город здоровья» (Центр семейной медицины «Олимп Здоровья») г. Воронеж;

Ведущая организация: Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится 9 июня 2022 года в 12 часов на заседании диссертационного совета 21.2.008.01 при Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу 367000, Республика Дагестан, г. Махачкала, площадь им. В.И. Ленина, 1.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке и на сайте www.dgmu.ru ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России (367000, г. Махачкала, ул. А. Алиева, 1)

Автореферат разослан « » _____ 2022 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук, доцент

Абдулкамал Гусейнович Гусейнов

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования

Ожирение – хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся избыточным накоплением жировой ткани в организме.

В основе патогенеза ожирения лежит несоответствие между поступлением энергии и ее затратой (Дедов И.И. и др., 2004; Schwartz M.W. et al., 2017). Избыточную массу тела, по данным на 2016 год, в мире имеют более 1,9 млрд лиц старше 18 лет. Более 650 млн из них страдают ожирением (Nuertey B.D. et al., 2017). Более трети взрослого населения России страдает ожирением (Kontsevaya A. et al., 2019).

Проблемой ожирения является не только неудовлетворительный внешний вид пациента, но и рост частоты сопутствующих заболеваний, ухудшение качества жизни (КЖ) и повышение риска смертности. С увеличением избыточного веса растет частота сопутствующей патологии, такой как сахарный диабет (СД) II типа, артериальная гипертензия (АГ), дислипидемия, ишемическая болезнь сердца, обструктивное апноэ сна, болезни опорно-двигательного аппарата и др. (Arovian S.M. et al., 2016; Hall J.E. et al., 2015; Guh D.P. et al., 2009). Особенно ухудшается состояние пациентов, страдающих морбидным ожирением. По данным некоторых авторов, средняя продолжительность жизни больных ожирением сокращается на 3-18 лет (Whitlock G. et al., 2009; Berrington de Gonzalez A. et al., 2010; Leung M.-Y.M. et al., 2015).

На сегодняшний день существуют как консервативные, так и хирургические методы лечения ожирения. Консервативные методы обеспечивают лишь незначительную потерю веса, в то время как хирургические методы позволяют избавиться от 50-90% избыточной массы тела (Aronne L.J. et al., 2013; Yang P. et al., 2019; Yanovski S.Z. et al., 2014).

Все бариатрические операции (БО) делят на две большие группы: рестриктивные и шунтирующие (Дедов И.И. и др., 2018). Принцип рестриктивных вмешательств заключается в уменьшении емкости желудка. К этой группе относят бандажирование желудка, рукавную (продольную) резекцию желудка, гастропликацию и различные варианты гастропластики. Принцип шунтирующих методик заключается в эффекте мальабсорбции за счет выключения части тонкой кишки из алиментарного тракта. К шунтирующим операциям относят билиопанкреатическое и гастрощунтирование. Последнее сочетает в себе оба механизма снижения веса. Однако у шунтирующих операций есть существенные недостатки в виде более высокой частоты ранних (кровотечение, несостоятельность анастомозов) и поздних (тяжелые нутритивные нарушения, стеноз гастроюнального анастомоза, пептические язвы) послеоперационных осложнений (Yang P. et al., 2019). В связи с этим частота выполнения рестриктивных операций намного выше, чем шунтирующих (Ramos A. et al., 2019).

Помимо снижения веса и регресса сопутствующей патологии, важным показателем успешной БО является улучшение КЖ (Дедов И.И. и др., 2018).

Все БО имеют свои преимущества и недостатки. Именно поэтому вопрос

поиска БО, способной обеспечить необходимое снижение избыточного веса, регресс сопутствующих заболеваний, а также значительное улучшение КЖ пациента, остается открытым. При этом операция должна иметь минимальное количество осложнений, методика операции должна быть несложной, с минимальными экономическими затратами.

Степень разработанности темы

Изучению КЖ больных ожирением после БО посвящен ряд исследований отечественных и зарубежных авторов (Габдулсабиров З. Р., 2011; Егиев В.Н. и др., 2014; Майорова Ю. Б., 2016; Егиев В.Н. и др., 2015; Nachem A. et al., 2016; Lindekilde N. et al., 2015).

Исследований отечественных авторов, посвященных изучению КЖ после лапароскопической гастропластики (ЛГП), в доступной литературе обнаружить не удалось. Немного исследований и зарубежных авторов, в которых отражен данный вопрос (Bužgová R. et al., 2016; Kim S.B. et al., 2016; Niazi M. et al., 2012; Osranov O.V. et al., 2016). Однако в большинстве из них наблюдение за пациентами осуществлялось в течение 6-12 месяцев. Также в данных исследованиях не была оценена зависимость КЖ от различных факторов, таких как исходный индекс массы тела (ИМТ), возраст, пол.

В связи с этим можно предполагать степень разработанности темы недостаточной. Результаты по динамике веса, частоте сопутствующих заболеваний, а также КЖ после ЛГП по поводу ожирения, недостаточно изучены и требуют дальнейшего анализа. Представляется целесообразным провести комплексный сравнительный анализ двух методик рестриктивных лапароскопических БО – гастропластики и продольной резекции желудка, включающий в себя оценку КЖ, а также факторов, от которых оно зависит.

Цель исследования

Оценить качество жизни пациентов, перенесших лапароскопическую гастропластику и лапароскопическую продольную резекцию желудка по поводу ожирения, и выявить факторы, от которых оно зависит.

Задачи исследования:

1. В ближайшие и среднеотдаленные сроки оценить динамику параметров эффективности снижения массы тела пациентов, перенесших лапароскопическую гастропластику и лапароскопическую продольную резекцию желудка по поводу ожирения.

2. Оценить частоту сопутствующей патологии до, в ближайшие и среднеотдаленные сроки после гастропластики и продольной резекции желудка.

3. Оценить качество жизни пациентов до, в ближайшие и среднеотдаленные сроки после гастропластики и продольной резекции желудка.

4. Определить зависимость качества жизни пациентов от индекса массы тела, пола и возраста в ближайшие и среднеотдаленные сроки после операции.

5. Проанализировать осложнения, возникшие в раннем и среднеотдаленном послеоперационном периодах после перенесенной гастропластики и продольной резекции желудка.

6. На основании оценки динамики параметров эффективности снижения массы тела, сопутствующих заболеваний, качества жизни, послеоперационных

осложнений, стоимости расходных материалов при выполнении операций в комплексе сравнить эффективность лапароскопической гастропластики и лапароскопической продольной резекции желудка в ближайшие и среднеотдаленные сроки.

Научная новизна

1. Впервые оценено качество жизни у пациентов, перенесших лапароскопическую гастропластику по поводу ожирения, в сроки до двух лет после операции.

2. Впервые изучено качество жизни после лапароскопической гастропластики у пациентов с разными степенями ожирения; выявлены группы с лучшими и худшими результатами.

3. Впервые определены факторы, влияющие на качество жизни пациентов, перенесших лапароскопическую гастропластику по поводу ожирения.

4. Впервые проведена комплексная сравнительная оценка эффективности выполненных по поводу ожирения лапароскопической гастропластики и лапароскопической продольной резекции желудка, включающая изучение динамики массы тела, регресса сопутствующих заболеваний, изменения качества жизни пациентов, послеоперационных осложнений и стоимости расходных материалов.

Теоретическая и практическая значимость работы

Изучены ближайшие и среднеотдаленные результаты хирургического лечения, КЖ, частота и характеристика осложнений в различные сроки после ЛГП и лапароскопической продольной резекции желудка (ЛПРЖ). Получены данные об улучшении качества жизни после рестриктивных БО.

Установлено, что наиболее частыми побочными эффектами гастропластики являются симптомы отрыжки и изжоги, которые купируются после приема антисекреторных препаратов. Установлено, что частота послеоперационных осложнений, требующих повторной операции, после продольной резекции желудка выше, чем после гастропластики. Наиболее частыми осложнениями рукавной резекции являются послеоперационные кровотечения и несостоятельность швов желудка.

Метод ЛГП сопровождается значительным снижением избыточной массы тела, частоты сопутствующих заболеваний и улучшением КЖ пациентов с ожирением II степени, не уступая по данным показателям ЛПРЖ. Кроме того, метод ЛГП не требует применения дорогостоящих расходных материалов при его выполнении по сравнению с методом ЛПРЖ.

Полученные данные могут быть использованы при выборе алгоритма лечения пациентов с разными степенями ожирения, прогнозирования риска послеоперационных осложнений, а также для их послеоперационного ведения.

Методология и методы исследования

Методология исследования включала оценку результатов лечения пациентов с ожирением в ближайшем и среднеотдаленном послеоперационном периоде. Исследование выполнено в соответствии с канонами и правилами доказательной медицины. В настоящей работе были использованы традиционные клинические, лабораторные, инструментальные, аналитические и

статистические методы исследования.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Качество жизни пациентов, перенесших рестриктивную операцию на желудке по поводу ожирения, играет значительную роль в сохранении полноценной, трудоспособной жизни.

2. Установлено, что у пациентов с ожирением I-II степеней по послеоперационным результатам и качеству жизни лапароскопическая гастропликация не уступает лапароскопической продольной резекции желудка.

3. Определено, что у пациентов с ожирением III степени лапароскопическая продольная резекция желудка имеет преимущества перед лапароскопической гастропликацией в виде более значительной потери веса, регресса сопутствующих заболеваний и улучшения качества жизни.

4. Качество жизни пациентов, перенесших рестриктивную операцию по поводу ожирения, зависит от массы тела и возраста и не зависит от половой принадлежности пациента.

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты исследования внедрены в работу хирургического отделения ООО «Медицинский центр им. Р.П. Аскерханова» г. Махачкала и широко применяются при лечении пациентов с ожирением.

Основные положения диссертационной работы используются в учебном процессе кафедры госпитальной хирургии №2 ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России для преподавания студентам и врачам-ординаторам.

Степень достоверности результатов диссертационного исследования

Все научные положения и выводы диссертации аргументированы, достоверны и обоснованы достаточным количеством исследуемого материала, проведением тщательного анализа и статистической обработки полученных результатов. Фактические материалы, представленные в диссертации, полностью соответствуют первичной документации.

Апробация результатов диссертационного исследования

Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на VIII Республиканской научно-практической конференции «Новое в хирургии и кардиологии Дагестана» (г. Махачкала, 26 октября 2017 г.), Всероссийской конференции хирургов «Инновационные технологии в хирургии» (г. Махачкала, 17-18 июля 2018 г.), II Конгрессе по пластической, реконструктивной и эстетической хирургии и косметологии «От седого Каспия до предгорья Большого Кавказа» (г. Махачкала, 12-14 апреля 2019 г.), XIX съезде хирургов Дагестана «Актуальные вопросы хирургии» (г. Махачкала, 6-7 июня 2019 г.), VI съезде хирургов Юга России с международным участием (г. Ростов-на-Дону, 4-5 октября 2019 г.).

Публикации

По теме диссертации опубликовано 15 печатных работ, из которых 4 работы в журналах, рецензируемых ВАК, одна из которых входит в международную базу цитирования Scopus.

Личный вклад автора в проведенное исследование

Личный вклад автора состоит в проведении анализа отечественных и

зарубежных литературных данных по теме диссертации, разработке дизайна исследования, определении цели и задач исследования, сборе исходного клинического материала, участии в операциях (30% операций автор выполнил самостоятельно, в 70% операций – в роли ассистента), самостоятельном послеоперационном лечении больных, сборе данных, необходимых для проведения исследования, статистической обработке результатов исследования. Автором самостоятельно сформулированы выводы и практические рекомендации. Диссертанту принадлежит авторство и соавторство при подготовке публикаций по теме диссертации.

Структура и объем диссертации

Диссертация включает введение, главу «Обзор литературы», 4 главы собственных исследований, заключение, выводы, практические рекомендации и указатель литературы, включающий 28 отечественных и 185 зарубежных источников. Текст диссертации изложен на 171 страницах, иллюстрирован 43 таблицами и 39 рисунками.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования

Работа выполнена на кафедре госпитальной хирургии №2 ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации на базе ООО «Медицинский центр им. Р.П. Аскерханова» г. Махачкала.

В исследовании анализируются результаты лечения 112 больных ожирением, которым с 2016 по 2019 годы в ООО «Медицинский центр им. Р.П. Аскерханова» г. Махачкала выполнена лапароскопическая БО.

В зависимости от вида перенесенной операции, пациенты были распределены на две группы.

Первую группу составили 45 пациентов (8 мужчин и 37 женщин), в последующем перенесших ЛГП. ИМТ в среднем до операции составил $41,2 \pm 5,9$ кг/м², средняя масса тела – $111,3 \pm 14,8$ кг, средний возраст пациентов – $43,8 \pm 11,4$ лет.

Во вторую группу вошло 67 пациентов (15 мужчин и 52 женщин), которым в последующем выполнена ЛПРЖ. Средний ИМТ до операции $42,1 \pm 6,3$ кг/м², средний возраст – $42,8 \pm 10,8$ лет, средняя масса тела – $115,2 \pm 18,2$ кг.

Группы сопоставимы по составу, достоверных различий по исходным показателям в группах выявлено не было.

Превалирующая доля пациентов в обеих группах страдала ожирением III степени: в группе ЛГП – 55,6%, в группе ЛПРЖ – 62,7%.

Критериями включения пациентов в исследование явились:

- 1) ожирение III степени (ИМТ более 40 кг/м²);
- 2) ожирение II степени (ИМТ ≥ 35 кг/м²) при наличии хотя бы одного сопутствующего заболевания, связанного с ожирением (СД 2 типа, АГ, поражение суставов, апноэ сна, психологические проблемы, связанные с

ожирением);

3) ожирение I степени, если ИМТ в анамнезе достигал 35 кг/м^2 , и консервативными методами удалось снизить вес, однако, он имеет тенденцию к повышению [Fried M. et al., 2014];

4) возраст пациентов 18 лет и старше;

5) добровольное информированное согласие на участие в исследовании;

6) отсутствие противопоказаний для проведения БО.

Критерии исключения пациентов из исследования:

1) нежелание или отказ пациента на письменное согласие для участия в исследовании;

2) отказ пациента от операции;

3) возраст пациентов до 18 лет.

Критерии выхода пациента из исследования:

1) решение пациента прекратить свое участие в исследовании;

2) выявление противопоказаний для продолжения исследования.

Всем пациентам был проведен ряд стандартных дооперационных исследований (общеклинический и биохимический анализы крови, анализ мочи, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопия, рентгенография желудка), в том числе антропометрические (рост, вес, окружность талии и бедер), были выявлены сопутствующие заболевания (СД 2 типа, АГ, дислипидемия, артралгический синдром, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, апноэ сна), а также оценено КЖ.

Для оценки КЖ использовали два опросника: MOS SF-36 и Moorehead-Ardelt II в составе системы оценки результатов БО BAROS.

Эффективность операции оценивали, исходя из потери веса, снижения частоты сопутствующих заболеваний, улучшения КЖ, оценки послеоперационных осложнений.

Статистическую обработку материала проводили с использованием электронных таблиц Microsoft Excel. Рассчитывали среднюю арифметическую (M), стандартное отклонение (σ), ошибку средней арифметической (m). Для сравнения параметрических показателей использовали t критерий Стьюдента, непараметрических показателей – критерий Манна-Уитни. Различия в группах при попарном сравнении считали достоверными при уровне значимости $p < 0,05$. Для оценки корреляции между параметрами использовали критерий Спирмена.

Результаты исследования

Все операции были выполнены лапароскопическим доступом, случаев конверсии операционного доступа не было. Послеоперационные результаты оценивали спустя 6, 12 и 24 месяца от операции по трем основным показателям: потеря избыточного веса, изменение частоты сопутствующих заболеваний и уровня КЖ.

Потеря веса

Степень снижения веса рассчитывали, используя параметр «процент потери избыточного веса (%EWL)», который вычисляют по формуле 1:

$$\%EWL = \frac{\text{Масса тела до операции} - \text{Текущая масса тела}}{\text{Масса тела до операции} - \text{Идеальная масса тела}} \times 100\% \quad (1)$$

Через 6 месяцев после ЛГП %EWL составил 36,35±17,61 (n=42), после ЛПРЖ - 38,46±15,76 (n=61), через 1 год - 52,98±14,73 (n=36) и 57,57±13,48 (n=58), через 2 года - 52,07±14,77 (n=33) и 56,87±13,71 (n=53) соответственно. Таким образом, обе операции обладают хорошим бариатрическим эффектом.

Поскольку доля пациентов с ИМТ более 40 кг/м² в группах неодинаковая, расчет потери веса был произведен также и в зависимости от исходного ИМТ (таблица 1).

Таблица 1 – Процент потери веса (%EWL) после операции в зависимости от дооперационного ИМТ

Сроки	%EWL - 6 мес		%EWL - 12 мес		%EWL - 24 мес	
	ЛГП	ЛПРЖ	ЛГП	ЛПРЖ	ЛГП	ЛПРЖ
ИМТ, кг/м ²						
30,0-34,9	70,0±19,6 (n=4)	65,0±11,0 (n=8)	72,9±15,6 (n=4)	69,8±7,9 (n=8)	68,9±13,7 (n=4)	69,6±9,5 (n=6)
35,0-39,9	44,9±8,5 (n=16)	48,5±9,5 (n=13)	58,9±11,4 (n=15)	59,7±11,2 (n=11)	56,7±12,9 (n=14)	60,7±14,8 (n=10)
40,0-49,9	24,6±8,8 (n=19)	30,6±9,1 (n=34)	44,4±8,9 (n=14)	55,4±14,2* (n=33)	44,2±11,5 (n=12)	54,1±13,6* (n=32)
≥50,0	20,5±1,1 (n=3)	25,7±7,0 (n=6)	36,7±6,3 (n=3)	49,3±9,2 (n=6)	39,6±8,8 (n=3)	51,5±5,8 (n=5)

* Статистически значимые различия (p<0,05) при попарном сравнении групп

У пациентов с ИМТ 30,0-39,9 кг/м² значимых различий в потере веса между группами ЛГП и ЛПРЖ обнаружено не было, потеря веса в обеих группах сопоставима во все сроки наблюдения.

Однако у пациентов с ожирением III степени потеря веса после ЛПРЖ значительно выше: через 1 год после операции EWL составил 44,4±8,9% и 55,4±14,2% (p<0,05), а через 2 года 44,2±11,5% и 54,1±13,6% (p<0,05) в пользу ЛПРЖ.

Корреляционная связь между процентом потери избыточного веса и ИМТ до операции является отрицательной (p<0,05): чем ниже исходный ИМТ, тем лучше бариатрический эффект операции.

Сопутствующие заболевания

После перенесенной БО сопутствующие заболевания начинают регрессировать, и частота коморбидной патологии уже через полгода ниже исходной. Через 1 год после операции регресс более значим, но максимальное

снижение частоты сопутствующих заболеваний в обеих группах отмечается через 2 года после операции. Результаты оценки влияния БО на сопутствующие заболевания спустя 2 года после операции приведены в таблице 2.

Таблица 2 – Частота сопутствующих заболеваний после бариатрических операций

Сопутствующее заболевание	Сроки							
	До ЛГП (n=45)		24 мес после ЛГП (n=33)		До ЛПРЖ (n=67)		24 мес после ЛПРЖ (n=53)	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Сахарный диабет 2 типа	11	24,4	3	9,1	18	26,9	4	7,5
Артериальная гипертензия	21	46,7	4	12,1	32	47,8	5	9,4
Дислипидемия	24	53,3	7	21,2	33	49,3	9	17,0
Артралгический синдром	16	35,6	1	3,0	27	40,3	3	5,7
ГЭРБ	13	28,9	6	18,2	16	23,9	10	18,9
Апноэ сна	16	35,6	4	12,1	24	35,8	9	17,0

Через 2 года после гастропластики частота СД 2 типа снизилась с 24,4% до 9,1%, АГ с 46,7% до 12,1%, боли в суставах – с 35,6% до 3,0%, апноэ сна с 35,6% до 12,1%, ГЭРБ – с 28,9% до 18,2%, показатели липидного спектра нормализовались больше, чем у половины пациентов с данной патологией.

После ЛПРЖ эффект операции более значим: частота СД 2 типа уменьшилась с 26,9% до 7,5%, АГ с 47,8% до 9,4%, боли в суставах – с 40,3% до 5,7%, апноэ сна с 35,8% до 17,0%, ГЭРБ – с 23,9 до 18,9%, дислипидемии – с 49,3% до 17,0%.

Таким образом, обе операции положительно влияют на течение сопутствующих заболеваний, а максимальное влияние наблюдается через 2 года после операции. ЛПРЖ оказывает более значимое воздействие на сопутствующие заболевания, по сравнению с ЛГП.

Качество жизни

Улучшение КЖ пациентов в обеих группах отмечается уже через 6 месяцев с момента операции. В эти сроки после ЛГП наибольший прогресс происходит по шкале физического функционирования (PF): с $46,0 \pm 17,5$ перед операцией до $51,8 \pm 16,4$ ($p < 0,05$). По остальным шкалам изменения статистически не значимы.

Через 1 год от операции КЖ еще более улучшается, и уже по 5 показателям анкеты КЖ достоверно выше исходного: физический (PF) и психологический (MH) статусы, ролевая деятельность, связанная с физическим (RP) и психологическим (RE) здоровьем, а также интенсивность боли (BP).

Через 2 года после гастропликации КЖ по всем шкалам SF-36 (за исключением шкалы жизненной активности - VT) значительно выше исходного уровня ($p < 0,05$) (рисунок 1).



Рисунок 1 – Качество жизни по SF-36 до и через 24 месяца после лапароскопической гастропликации

Данные анкетирования, полученные по опроснику Moorehead-Ardelt II, подтверждают улучшение КЖ после ЛГП, причем уже через полгода уровень КЖ по всем параметрам выше исходного ($p < 0,05$) и далее только прогрессирует (рисунок 2).

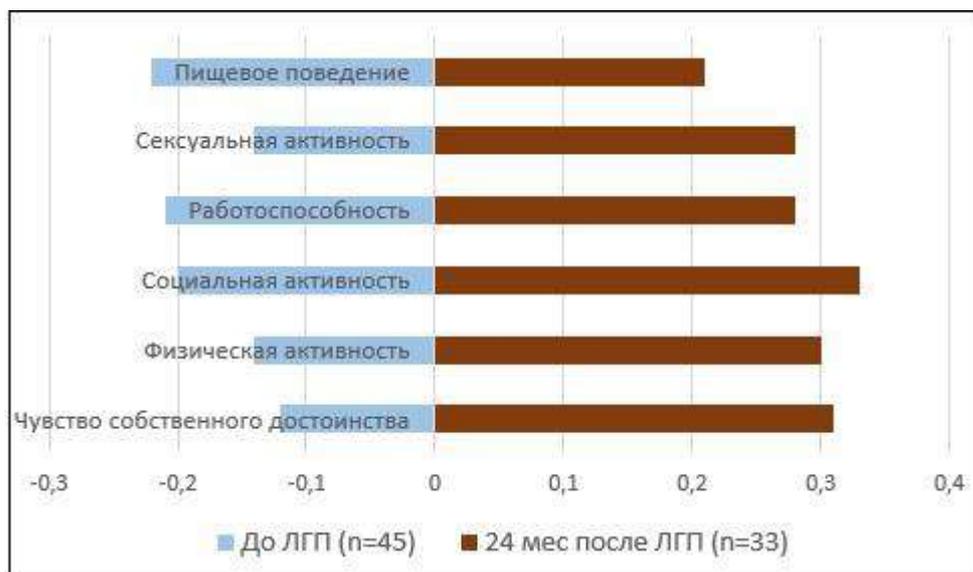


Рисунок 2 – Качество жизни по Moorehead – Ardelt II до и через 24 месяца после лапароскопической гастропликации

После ЛПРЖ темпы улучшения КЖ выше: через 6 месяцев изменения по всем 4 шкалам SF-36, отражающим физическое состояние пациента, достоверно значимые. Через 12 месяцев начинают улучшаться показатели, отражающие психологический статус, и спустя 2 года все показатели анкеты статистически значимо выше исходных (рисунок 3).

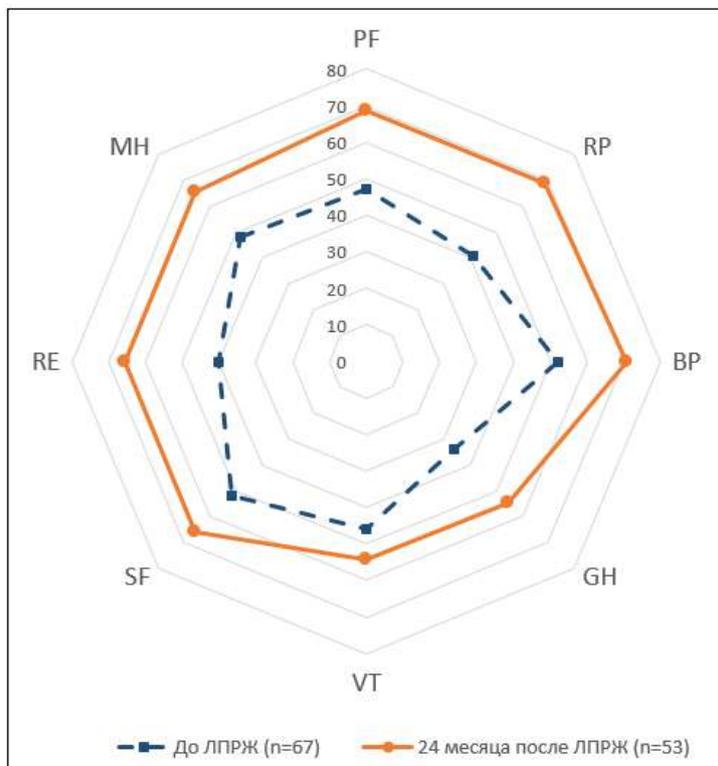


Рисунок 3 – Качество жизни по SF-36 до и через 24 месяца после лапароскопической продольной резекции желудка

По анкете Moorehead-Ardelt II получены аналогичные результаты, которые демонстрируют постепенный прогресс КЖ с пиковыми показателями на втором году после ЛПРЖ (рисунок 4).

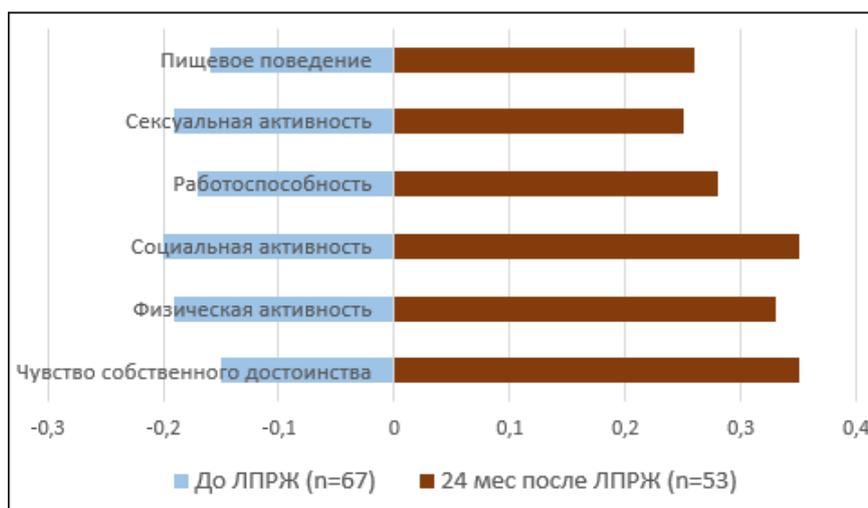


Рисунок 4 – Качество жизни по Moorehead-Ardelt II до и через 24 месяца после лапароскопической продольной резекции желудка

Таким образом, обе бариатрические методики заметно улучшают КЖ пациентов, а максимальные результаты улучшения наблюдаются через 2 года после операции.

В одинаковые сроки после оперативного вмешательства показатели КЖ пациентов обеих групп соизмеримы и достоверно не различаются. Однако учитывая разнородный состав двух групп по ИМТ, было решено оценить КЖ в зависимости от исходного ИМТ. Для этого между группами ЛГП и ЛПРЖ было проведено сравнение КЖ пациентов с I-II степенями ожирения (ИМТ до 40 кг/м²), а затем с III степенью (ИМТ ≥ 40 кг/м²).

До операции уровень КЖ больных ожирением I-II степени в обеих группах был сопоставим кроме шкалы ролевой эмоциональной деятельности (RE). Значение данного параметра в группе пациентов до ЛПРЖ (45,3±23,3) было выше по сравнению с ЛГП - 31,7±20,2 (p<0,05). После операции уровень КЖ не имел значимых различий в группах ЛГП и ЛПРЖ. Исключение составили шкалы социального функционирования (SF) и ролевой деятельности, связанной с эмоциональным статусом (RE), которые оказались выше в группе ЛПРЖ через 1 год после хирургического вмешательства. Однако через 2 года данных различий в группах уже не было (таблица 3).

Таблица 3 – Качество жизни пациентов с дооперационным ИМТ до 40 кг/м² по анкете SF-36

Показатель	Сроки			
	До операции		2 года после операции	
	ЛГП n=20	ЛПРЖ n=25	ЛГП n=18	ЛПРЖ n=16
PF	54,0±10,2	57,2±9,8	75,3±17,4	77,5±15,3
RP	46,3±20,3	57,0±21,1	70,8±27,5	76,6±21,3
BP	58,6±22,2	60,7±16,9	79,2±17,7	76,6±18,1
GH	44,3±21,5	44,1±16,2	67,4±23,0	73,1±19,1
VT	52,8±8,2	50,1±10,2	61,9±25,2	62,2±21,1
SF	51,3±17,6	61,5±19,4	72,9±23,2	73,4±18,8
RE	31,7±20,2*	45,3±23,3*	74,1±29,3	77,1±23,5
MH	49,0±11,1	47,0±12,1	69,1±20,9	64,8±17,5
PH	41,0±7,0	42,2±3,6	48,3±7,1	51,4±6,7
MH	36,9±4,5	37,8±4,7	47,5±10,5	45,7±8,6

* Статистически значимые различия (p<0,05) при попарном сравнении групп

Подобные результаты получены и по анкете Moorehead-Ardelt II: в группах ЛПРЖ и гастропластики КЖ пациентов с ИМТ до 40 кг/м² ни до, ни после

операции достоверных различий не имело. Следственно, КЖ пациентов с I-II степенью ожирения после ЛГП и ЛПРЖ прогрессирует одинаковыми темпами без существенных различий.

Дооперационный уровень КЖ больных морбидным ожирением с ИМТ \geq 40 кг/м² различий между группами ЛГП и ЛПРЖ не имел. Однако через полгода после ЛПРЖ было отмечено значительное улучшение КЖ по шкалам физического функционирования (PF) и связанной с ним ролевой деятельности (RP). Значения данных показателей было достоверно выше, чем после гастропластики. Через 12 и 24 месяца после операции данная тенденция сохраняется: КЖ по всем шкалам анкеты SF-36 после ЛПРЖ выше, чем после ЛГП (таблица 4).

Таблица 4 – Качество жизни пациентов с дооперационным ИМТ более 40 кг/м² по анкете SF-36

Показатель	Сроки			
	До операции		2 года после операции	
	ЛГП n=25	ЛПРЖ n=42	ЛГП n=15	ЛПРЖ n=37
PF	39,6 \pm 19,6	41,4 \pm 14,3	55,3 \pm 17,5	65,0 \pm 12,6
RP	35,0 \pm 17,7	31,5 \pm 16,6	56,7 \pm 25,8	65,5 \pm 22,3
BP	42,6 \pm 23,6	47,0 \pm 14,8	66,7 \pm 22,8	68,6 \pm 16,9
GH	31,0 \pm 27,7	27,6 \pm 17,6	43,0 \pm 22,7	46,8 \pm 17,4
VT	43,8 \pm 17,8	43,5 \pm 12,3	48,7 \pm 22,5	50,7 \pm 11,3
SF	42,0 \pm 15,7	46,1 \pm 21,6	59,2 \pm 18,6	62,5 \pm 18,4
RE	36,0 \pm 23,4	37,3 \pm 30,5	48,9 \pm 24,8	60,4 \pm 24,6
MH	43,0 \pm 20,3	49,2 \pm 10,8	65,3 \pm 17,1	66,3 \pm 15,0
PH	33,8 \pm 5,2	33,1 \pm 4,5	40,2 \pm 8,4	43,4 \pm 5,3
MH	36,4 \pm 9,0	38,4 \pm 6,7	43,3 \pm 7,8	43,7 \pm 5,2

По большинству шкал анкеты Moorehead-Ardelt II уровень КЖ после ЛПРЖ также оказался выше, чем после ЛГП. До операции различия в показателях КЖ в двух группах были несущественными. Спустя 24 месяца значение уровня физической активности после ЛПРЖ составило 0,30 \pm 0,12, а после ЛГП 0,17 \pm 0,21 (p<0,05).

В эти же сроки по шкале пищевого поведения отмечалось преобладание ЛПРЖ над ЛГП (0,24 \pm 0,19 против 0,09 \pm 0,18 (p<0,05)).

Таким образом, можно сделать заключение о значительном влиянии ЛПРЖ на улучшение КЖ пациентов с ожирением III степени по сравнению с ЛГП.

В главе V диссертации представлены результаты оценки корреляции КЖ с ИМТ. Наибольшую связь с ИМТ имеет параметр физического здоровья пациентов, причем, чем ниже ИМТ пациента, тем выше уровень шкалы физического статуса. Данная зависимость прослеживается как после ЛГП, так и после ЛПРЖ. При этом связи ИМТ со значениями психологических параметров здоровья обнаружено не было.

Также не было достоверных различий в КЖ пациентов в зависимости от их половой принадлежности.

Была выявлена статистически значимая обратная корреляционная связь с возрастом показателей физической и социальной активности, а также чувства собственного достоинства. По другим показателям качества жизни достоверной корреляционной связи с возрастом не обнаружено.

Осложнения

Случаев летальности после операции не отмечено.

В раннем послеоперационном периоде после ЛПРЖ осложнения, требующие хирургического вмешательства, наблюдались у 3 пациентов, что составило 4,48%. Среди них у одного пациента (1,49%) развилась несостоятельность швов желудка. Еще у двух пациентов (2,99%) развилось внутрибрюшное кровотечение. Все случаи осложнений устранили путем релапароскопии, не выполняя конверсию операционного доступа.

При несостоятельности швов желудка проводили лапароскопическое дренирование брюшной полости с подведением дренажной трубки к месту несостоятельности и формированием наружного желудочного свища. Параллельно устанавливали назогастральный зонд дистальнее участка несостоятельности. Заживление дефекта желудочной стенки происходило вторичным натяжением.

Источником внутрибрюшного кровотечения в обоих случаях явились короткие желудочные вены. Кровотечение было остановлено после коагуляции.

У 5 пациентов (11,11%) после гастропластики и 9 пациентов (13,43%) после ЛПРЖ в раннем послеоперационном периоде развились явления ГЭРБ, которые были устранены после консервативной терапии антисекреторными препаратами.

Поздних послеоперационных осложнений, требующих оперативного вмешательства, в течение двух лет ни в одной из исследуемых групп не наблюдалось.

В среднеотдаленном послеоперационном периоде (1-2 года) еще у 2 пациентов (6,06%), перенесших ЛГП, и 4 пациентов (7,55%), перенесших ЛПРЖ, появились жалобы на изжогу, отрыжку, срыгивание. При этом ранее симптомов ГЭРБ у данных пациентов не наблюдалось. На фоне проведения курса медикаментозной терапии антисекреторными препаратами (ингибиторы протонной помпы) симптомы ГЭРБ уменьшились. Тем не менее, данные пациенты периодически предъявляли вышеуказанные жалобы.

Таким образом, оценивая суммарную эффективность обеих методик, основанную на анализе КЖ, потери веса, изучения частоты сопутствующих

заболеваний, послеоперационных осложнений и стоимости расходных материалов, можно сделать вывод: у пациентов с ожирением I-II степеней обе методики одинаково эффективны, а у пациентов с ожирением III степени ЛПРЖ эффективнее, чем ЛГП.

ВЫВОДЫ

1. Обе методики – лапароскопическая гастропликация и лапароскопическая продольная резекция желудка – эффективны в плане снижения веса в ближайшие и среднеотдаленные сроки после операции. У пациентов с ожирением I-II степени в потере избыточного веса нет достоверных различий между гастропликацией и продольной резекцией желудка в ближайшие и среднеотдаленные сроки после операции. Потеря веса у пациентов с ожирением III степени после лапароскопической продольной резекции желудка достоверно больше, чем после лапароскопической гастропликации в ближайшие и среднеотдаленные сроки после операции.

2. Обе операции благоприятно влияют на течение сопутствующих заболеваний в ближайшие и среднеотдаленные сроки после операции. Однако регресс сопутствующей патологии после продольной резекции желудка более выражен по сравнению с гастропликацией. Через 24 месяца после гастропликации частота сахарного диабета II типа снизилась с 24,4% до 9,1%, АГ – с 46,7% до 12,1%, дислипидемии - с 53,3% до 21,2%, артралгического синдрома - с 35,6% до 3,0%. После продольной резекции желудка частота сахарного диабета II типа снизилась с 26,9% до 7,5%, артериальной гипертензии – с 47,8% до 9,4%, дислипидемии - с 49,3% до 17,0%, артралгического синдрома - с 40,3% до 5,7%.

3. Качество жизни пациентов, перенесших гастропликацию и продольную резекцию желудка по поводу ожирения, в ближайшие и среднеотдаленные сроки после операции статистически значимо выше, чем до операции. У пациентов с ожирением I-II степени статистически значимых различий в уровне качества жизни в одинаковые сроки после гастропликации и продольной резекции желудка не обнаружено. У пациентов с ожирением III степени качество жизни в ближайшие и среднеотдаленные сроки после продольной резекции желудка достоверно выше, чем после гастропликации.

4. Физический компонент качества жизни пациента в ближайшие и среднеотдаленные сроки после операции зависит от индекса массы тела, причем чем выше индекс массы тела, тем ниже уровень качества жизни. Психологический компонент качества жизни не зависит от индекса массы тела. Достоверных различий в качестве жизни по половому признаку не обнаружено. По шкалам чувства собственного достоинства, физической и социальной активности прослеживается достоверная обратная зависимость от возраста. По другим показателям качества жизни достоверной корреляционной связи с возрастом не обнаружено.

5. Частота послеоперационных осложнений, требующих повторного оперативного вмешательства, после продольной резекции желудка (4,48%) выше, чем после гастропликации. У 11,11% после гастропликации в раннем

послеоперационном периоде развились явления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, которые были устранены после консервативной терапии антисекреторными препаратами.

6. По совокупности таких факторов, как потеря веса, снижение частоты сопутствующих заболеваний, улучшение качества жизни, частота послеоперационных осложнений, стоимость расходных материалов при выполнении операций и частота повторных операций по поводу рецидива ожирения, у пациентов с ожирением I-II степеней продольная резекция желудка одинаково эффективна с гастропликацией в ближайшие и среднеотдаленные сроки после операции. У пациентов с ожирением III степени в ближайшие и среднеотдаленные сроки после операции продольная резекция желудка эффективнее гастропликации.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Учитывая высокую эффективность лапароскопической гастропликации в аспектах снижения веса, регресса сопутствующей патологии и улучшения качества жизни у пациентов с индексом массы тела 30-39,9 кг/м², а также более низкой стоимости лапароскопической гастропликации по сравнению с лапароскопической продольной резекцией желудка, данное вмешательство возможно применять у пациентов с ожирением I-II степеней.

2. Ввиду недостаточной эффективности гастропликации у пациентов с ожирением III степени (морбидное) может применяться лапароскопическая продольная резекция желудка.

3. Лапароскопические бариатрические операции следует выполнять при достаточном опыте других эндовидеохирургических манипуляций, в том числе свободном владении ручным эндохирургическим швом.

4. С целью профилактики рецидива ожирения и связанной с ним сопутствующей патологии пациентам рекомендуется обязательное соблюдение режима питания и диеты на протяжении всей жизни.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Качество жизни пациентов с ожирением после продольной резекции желудка / Г.Р. Аскерханов, М.Н. Садыки, Р.Г. Аскерханов // Вестник ДГМА. – 2019. – Т. 32, № 3. – С. 29-37.

2. Особенности хирургической техники при выполнении вертикальной резекции желудка у больных с ожирением / Р.Г. Аскерханов, И.Е. Хатьков, Н.А. Бодунова, И.Ю. Фейдоров, А.Л. Петрова, М.Н. Садыки // Эндоскопическая хирургия. – 2018. – Т. 24, №6. - С. 40-44.

3. Первый опыт лапароскопической гастропликации у пациентов с морбидным ожирением / Р.Г. Аскерханов, И.Е. Хатьков, Н.А. Бодунова, И.Ю. Фейдоров, А.Л. Петрова, М.Н. Садыки // Эндоскопическая хирургия. – 2017. – Т. 23, №1. – С. 6-9.

4. Садыки, М.Н. Сравнительная оценка эффективности лапароскопических бариатрических операций: гастропликации и

продольной резекции желудка / М.Н. Садыки, Г.Р. Аскерханов, Р.Г. Аскерханов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2020. – № 12. – С. 32-37.

5. Аскерханов, Г.Р. Оценка качества жизни пациентов с ожирением до и после лапароскопических бариатрических операций / Г.Р. Аскерханов, **М.Н. Садыки**, Р.Г. Аскерханов // Тезисы Общероссийского хирургического форума - 2018 с международным участием. – М., 2018. – Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. – № 1. – С. 513-514.

6. Аскерханов, Г.Р. Оценка качества жизни пациентов с ожирением после продольной резекции желудка / Г.Р. Аскерханов, **М.Н. Садыки**, Р.Г. Аскерханов // Актуальные вопросы хирургии: Материалы выездного Пленума Российского общества хирургов и XIX Съезда хирургов Дагестана, Махачкала. – 2019. – Приложение к журналу Вестник ДГМА. – Т. 31, № 2. – С. 57-58.

7. Аскерханов, Г.Р. Оценка эффективности лапароскопических бариатрических операций: продольной резекции желудка, гастропунктирования, гастропликация / Г.Р. Аскерханов, **М.Н. Садыки**, Р.Г. Аскерханов // Тезисы VI Съезда хирургов Юга России. – Ростов-на-Дону, 2019. – Медицинский вестник Юга России. – Т. 10, № 3. – С. 299-301.

8. Аскерханов, Г.Р. Сравнительная оценка качества жизни после лапароскопической продольной резекции желудка и лапароскопического гастропунктирования / Г.Р. Аскерханов, **М.Н. Садыки**, Р.Г. Аскерханов // Тезисы Общероссийского хирургического форума - 2019 совместно с XXII Съездом Общества эндоскопической хирургии России. – М., 2019. – Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. – № 1. – С. 142-143.

9. Оценка качества жизни больных ожирением с использованием трех опросников до и после лапароскопических бариатрических операций / Г.Р. Аскерханов, **М.Н. Садыки**, Р.Г. Аскерханов, И.С. Абдуллаев, Р.М. Гарунов // Приложение к журналу Вестник ДГМА. – Т. 27, № 2. – 2018. – С. 100-101.

10. **Садыки, М.Н.** Динамика веса после лапароскопической гастропликации у пациентов с разными степенями ожирения/ **М.Н. Садыки**, Г.Р. Аскерханов, М.А. Ибрагимов // World science: problems and innovations: Сборник статей LIII международной научно-практической конференции. – Пенза, 2021. – С. 255-257.

11. **Садыки, М.Н.** Динамика сопутствующих заболеваний после лапароскопической гастропликации / **М.Н. Садыки**, Г.Р. Аскерханов, М.А. Ибрагимов // Наука, образование, технологии: новые подходы и актуальные исследования: Сборник научных трудов по материалам международной научно-практической конференции. – М., 2021. – С. 173-175.

12. **Садыки, М.Н.** Качество жизни пациентов с ожирением после лапароскопической гастропликации / **М.Н. Садыки** // Современная медицина: новые подходы и актуальные исследования: Сборник статей по материалам XLVII международной научно-практической конференции. – Т. 43, № 4. – М., 2021. – С. 90-93.

13. **Садыки, М.Н.** Качество жизни пациентов с ожирением после лапароскопической продольной резекции желудка / М.Н. Садыки // Интернаука.

– 2021. – Т. 192, № 16. – С. 82-83.

14. **Садыки, М.Н.** Оценка качества жизни пациентов с морбидным ожирением до и после лапароскопических бариатрических операций / **М.Н. Садыки** // Новое в хирургии и кардиологии Дагестана: Материалы VIII Республиканской научно-практической конференции, посвященной 85-летию ДГМУ. – Махачкала, 2017. – С. 115-116.

15. **Садыки, М.Н.** Снижение веса после лапароскопической продольной резекции желудка / **М.Н. Садыки, Г.Р. Аскерханов** // Современная наука: актуальные вопросы, достижения и инновации: Сборник статей XIX международной научно-практической конференции. – Пенза, 2021. – С. 240-242.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АГ – артериальная гипертония

БО – бариатрическая операция

ГЭРБ – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

ИМТ – индекс массы тела

КЖ – качество жизни

ЛГП – лапароскопическая гастропликация

ЛПРЖ – лапароскопическая продольная резекция желудка

СД – сахарный диабет

BAROS – Bariatric analysis and reporting outcome system

SF-36 – Short-form-36

%EWL – процент потери избыточной массы тела

Под авторской редакцией

Сдано в набор 05.04.2022 г. Подписано в печать 06.04.2022 г.

Формат 60*84 1/16. Бумага офсетная. Печ. л. 1,25

Тираж 100. Заказ № 64.

Издательско-полиграфический центр ДГМУ

г. Махачкала, ул. Абдуллы Алиева, 1.