

На правах рукописи

Габдулсабирова Зиля Рустамовна

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ И КАЧЕСТВА
ЖИЗНИ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ БАРИАТРИЧЕСКИХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

14.01.17 – хирургия

УФА – 2011

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации».

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Галимов Олег Владимирович

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор

Хатьков Игорь Евгеньевич

доктор медицинских наук, профессор

Попов Олег Серафимович

Ведущая организация:

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Челябинская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации».

Защита диссертации состоится « » 2012 г. в часов на заседании диссертационного совета Д 208.006.02 при Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации» по адресу: 450000, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации».

Автореферат разослан « » 2012 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
профессор, д.м.н.

С.В. Федоров

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Рост распространенности морбидного ожирения (МО) и сопутствующей ему патологии, среди которой чаще всего встречаются сахарный диабет II типа, заболевания сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата, функции внешнего дыхания, являются важными факторами, влияющими как на продолжительность, так и качество жизни на общепопуляционном уровне. Наличие связанной с МО патологии приводит к увеличению в 12 раз показателей смертности у больных в возрасте до 40 лет. В настоящее время большинством исследователей признается, что консервативное лечение крайних степеней ожирения задача чрезвычайно трудная и для 90—95% пациентов невыполнимая [С.А. Бутрова, 2004; Ю.И. Седлецкий, 2006; E.E. Mason 2009; M. Deitel, 2007]. Как показывают проводимые опросы, заинтересованность людей в инвазивной коррекции сверхожирения прогрессивно возрастает, чему немало способствует и развитие коммуникационных технологий.

В настоящее время изучение качества жизни становится одним из распространенных и общепризнанных методов изучения динамики течения хронических заболеваний и влияния на этот процесс проводимых лечебных мероприятий [Петров А.В., 2008; Н.А. Мясоедова, 2009; C.R. Chittleborough, 2006]. Многие социально-бытовые аспекты жизни, особенно при морбидном ожирении оказались связаны с множеством внешних факторов, что обуславливает сложность изучения и интерпретации данных о КЖ.

Оценка качества жизни у пациентов с МО позволяет решить такие задачи как определение эффективности хирургических вмешательств и определение дифференцированной тактики лечения и диагностики, поиск новых методов реабилитации, направленных на улучшение течения заболевания. Оценка качества жизни после проведенных оперативных вмешательств тем более необходима, что операция сама по себе способна в ряде случаев ухудшать качество жизни и требуется тщательное изучение подобных эффектов [М.И. Кузин, В.К. Марков, 2002; Ю.И. Яшков, 2010; M. Belachew, 2001; M.A. Fobi, 2009].

Существование новых взглядов на решение проблемы морбидного ожирения и использования мощного ресурса хирургических методов ставит вопрос о соотносимости риска операции и результатов коррекции патологического ожирения при всесторонней оценке. Отсутствие однозначных взглядов на эти данные обуславливают значимость вопроса и определяют необходимость научного поиска путей ее решения.

Цель исследования. Анализ эффективности хирургического лечения пациентов с морбидным ожирением на основе сравнения результатов операций и последующего качества жизни после различных видов бариатрических вмешательств.

Задачи исследования.

1. Изучить виды и особенности выполняемых бариатрических вмешательств по материалам клиники.
2. Разработать и внедрить в клинику способ «рукавной» резекции желудка с антирефлюксным механизмом.
3. Проанализировать результаты бариатрических операций, их влияние на динамику снижения массы тела, течение сопутствующей ожирению патологии и обосновать дифференцированный выбор вмешательства.
4. Провести оценку качества жизни после перенесенных бариатрических операций у пациентов с морбидным ожирением и определить их отличия от сопоставимой группы людей без оперативного вмешательства.

Научная новизна. Впервые проведен комплексный анализ выполнения бариатрических операций с целью коррекции морбидного ожирения и сопутствующей ему патологии в хирургической клинике. Изучены как основные послеоперационные показатели, включающие сбор клинических данных, инструментальную диагностику и лабораторные показатели, так и проведена оценка восприятия пациентами своего здоровья, адаптации в социально-психологическом плане и способности к активным физическим функциям.

Впервые разработан и внедрен в хирургическую практику способ выполнения «рукавной» резекции желудка с антирефлюксным механизмом, позволяющий улучшить результаты операции (Патент на изобретение N 2207060 РФ).

Изучено функциональное состояние дыхательной, сердечно-сосудистой и пищеварительной системы у больных с МО до и после хирургического лечения, проведен сравнительный анализ эффективности. Показана существенная роль морбидного ожирения в снижении качества жизни у пациентов и зависимость его от проводимого оперативного лечения направленного на коррекцию массы тела и лечению сопутствующей ожирению патологии. Определены аспекты качества жизни, наиболее сниженные в популяции, а также те из них, которые находятся под влиянием ожирения.

Практическая ценность. Выполнение бариатрических операций в клинике позволило улучшить непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения больных с МО. Выявлена прямая связь изменений в сердечно-сосудистой

системе, углеводном обмене, функции внешнего дыхания со снижением массы тела после бариатрических вмешательств.

Подтверждена валидность опросника SF-36 для оценки качества жизни у пациентов, перенесших оперативные вмешательства по поводу морбидного ожирения. Отчетливо продемонстрировано положительное влияние на качество жизни эффективное и долгосрочное снижение массы тела, достигаемое инвазивными методами коррекции веса. Полученные результаты могут явиться основой разработки реабилитационных мероприятий, направленных на улучшение качества жизни пациентов в послеоперационном периоде.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что наиболее эффективными бариатрическими операциями в клинике являются «рукавная» резекция желудка и варианты желудочного шунтирования.

Внедренный способ создания антирефлюксного механизма при проведении «рукавной» резекции желудка позволяет снизить процент диспептических расстройств, сопровождающих эти операции.

Изучение динамики снижения веса после различных оперативных вмешательств позволило обосновать необходимость выполнения корригирующих косметологических мероприятий.

Хирургическое лечение больных с МО позволяет не только существенно снизить массу тела, но и полноценно вернуть качество жизни соответствующее социальной среде обитания.

Положения выносимые на защиту. 1. Выполнение операций, направленных на снижение веса при морбидном ожирении, приводит к снижению артериального давления и нивелированию симптомов ишемической болезни сердца, нормализации показателей гликемии и увеличению жизненной емкости легких, что позволяет предотвратить раннюю смертность у этих пациентов.

2. Наличие избыточного веса и симптоматика метаболического синдрома снижает качество жизни, и имеются существенные различия в качестве жизни у пациентов с МО до операции и перенесших операцию, направленную на коррекцию веса.

3. При выборе способа бариатрической операции необходим дифференцированный подход в зависимости от степени избытка массы тела и наличия сопутствующей патологии, при этом наиболее эффективными вмешательствами являются гастрорестриктивные операции и желудочное шунтирование.

Внедрение в практику. Тема работы входит в план научных исследований ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения и социального развития РФ». Настоящая работа явилась результатом внедрения бариатрических операций в практику хирургических отделений клиники БГМУ, НУЗ ОБ на станции Уфа ОАО «РЖД», ГКБ № 3 г. Уфы. Основные положения и практические рекомендации диссертации внедрены в практику хирургических отделений клиники БГМУ, НУЗ «ОБ на станции Уфа ОАО «РЖД», ГКБ № 3.

Апробация работы. Материалы диссертационной работы доложены на клинических конференциях сотрудников НУЗ ОБ на ст. Уфа (Уфа, 2007) и клиники БГМУ (Уфа, 2008), на научно-практической конференции «Актуальные вопросы хирургии» (Челябинск, 2009), на научно-практической конференции «Новые технологии в хирургии, травматологии, онкологии, урологии» (Пенза, 2009), на заседании Ассоциации хирургов Республики Башкортостан (Уфа, 2009), на научно-практической конференции «Инновации в медицине – решение проблем охраны здоровья нефтехимиков» (Салават, 2010), на IV Украинской конференции «Хирургическое лечение ожирения и сопутствующих метаболических нарушений» (Киев, 2010), на XIV съезде хирургов Республики Беларусь «Актуальные вопросы хирургии» (Витебск 2010), на VI Российском симпозиуме общества бариатрических хирургов (Калининград, 2011), на XII Международном Евроазиатском конгрессе хирургов и гастроэнтерологов (Баку, 2011).

Публикации. По теме диссертации опубликовано 10 научных работ из них 3 в журналах рецензируемых ВАК РФ, 1 патент на изобретение РФ.

Структура и объем работы. Диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов и практических рекомендаций. Основной текст занимает 128 страниц машинописи. В работе содержится 7 таблиц и 17 рисунков. Указатель литературы включает 196 источников (33 отечественных и 163 иностранных).

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Комплексное изучение вопросов лечения различной абдоминальной патологии на фоне морбидного ожирения, разработка методов бариатрических вмешательств была начата в клинике хирургических болезней и новых технологий ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ с 1999 г. За этот период пролечено 564 пациента у которых ИМТ превышал 30 кг/м². С 2003 года в хирургических отделениях Клиники БГМУ и негосударственного учреждения здравоохранения

«отделенческая больница на ст. Уфа ОАО «РЖД» по поводу МО были прооперированы 71 человек (ИМТ >35 кг/м²).

В изучаемой группе больных женщин было – 46 (64,8%), мужчин – 25 (35,2%). Возраст колебался от 18 до 57 лет. Средний возраст составил 36,4±0,81 года, при этом 87,3% больных были моложе 50 лет, то есть находились в наиболее трудоспособном возрасте.

У прооперированных больных масса тела колебалась от 110 до 220 кг, составив в среднем 163,41±3,61 кг. Колебания индекса массы тела составили у оперированных больных от 35 до 61 кг/м², при среднем значении ИМТ 48,6 ± 0,32 кг/ м².

У абсолютного большинства больных отмечены сопутствующие заболевания в стадии компенсации, которые, на наш взгляд, были связаны в основном с имеющимся патологическим ожирением (табл 1). Ожирение и сопутствующие заболевания привели к утрате трудоспособности у 49,3% больных.

Таблица 1

Сопутствующие заболевания у больных морбидным ожирением до оперативного лечения

Сопутствующие заболевания	Количество, %
Артериальная гипертензия, ИБС	80,3
СОАС	47,9
Заболевания опорно-двигательного аппарата	36,6
Сахарный диабет	15,5
Варикозная болезнь нижних конечностей	12,7
Нарушения репродуктивной функции	11,3
Слоновость	4,2

При оценке клинического статуса обследованных пациентов обращают на себя внимание отличия в существенных компонентах между группами с наличием ожирения и с нормальной массой тела. Так же у группы с ожирением отмечается большая длительность повышения АД в покое и худший его контроль. Отмечена положительная корреляционная связь со всеми жизненно важными функциями организма: наличием АГ (R = 0,39 p < 0,0001), гипергликемии (R = 0,21 p < 0,0001) и нарушением функции дыхания (R = 0,43 p < 0,0001). Ожирение также ведет к существенно большей распространенности и тяжести хронической сердечной недостаточности у пациентов.

При выборе видов бариатрических вмешательств клиникой использованы данные, накопленные зарубежными и российскими авторами в этой области за

последние годы, а также учтен собственный опыт таких операций. В основном акцент сместился на выполнение шунтирующих операций, как наиболее эффективно влияющих на снижение веса и стабилизацию заболеваний ассоциированных с ожирением. С другой стороны, все большую популярность приобретает продольная «рукавная» резекция желудка, на что есть существенные причины – эти операции наименее травматичны, а их эффективность сопоставима с шунтирующими операциями. Однако, их отдаленные результаты изучены недостаточно.

За период внедрения бариатрических операций в клинику выполнено 26 (36,6%) вертикальных гастропластик (ВГП) по типу операции Mason, из них 14 (19,7%) в модификации клиники. Желудочное шунтирование (ЖШ) по типу операции Fobi выполнено 24 (33,8%) больным, лапароскопическое нерегулируемое бандажирование желудка (ЛНБЖ), разработанным в клинике бандажом, произведено 11 (15,5%) пациентам и «рукавная» (sleeve) резекция желудка 10 (14,1%). В дальнейшем в результате развития послеоперационных состояний и с целью коррекции отвислых кожно-жировых лоскутов после потери массы тела 12 (16,9%) пациентам производились повторные операции.

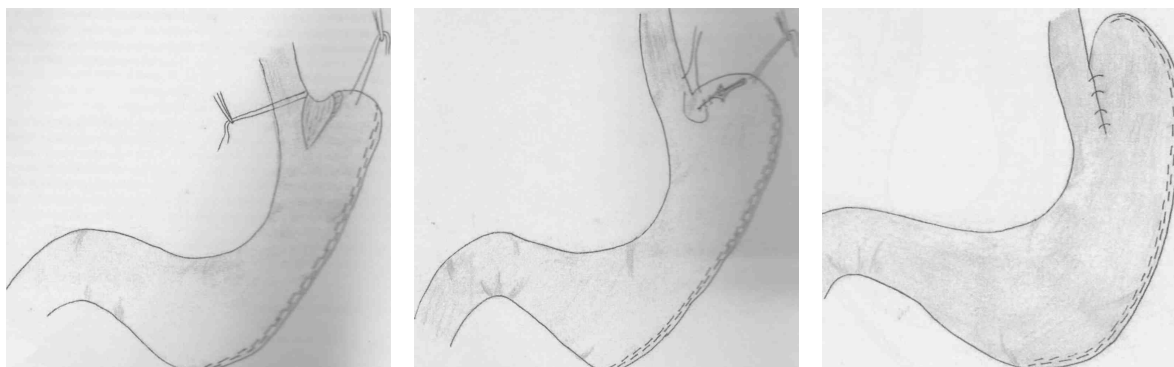
Возникновение неудовлетворительных результатов связанных с набором веса пациентами в отдаленный период после операций ВГП привело к необходимости выбора операции столь же технически проще выполнимой, но при этом избежать возможности возврата желудка к прежнему объему. «Рукавная» резекция желудка, как уже отмечалось, основана на рестриктивном принципе для ограничения поступления пищи в желудочно-кишечный тракт. Эта операция, суть которой заключается в формировании протяженного узкого желудочного «рукава» для затруднения прохождения твердой пищи на участке от пищевода до антрального отдела желудка, уже успела зарекомендовать себя как достаточно эффективный способ хирургического лечения МО.

Однако, данной операции присущи и недостатки. В раннем послеоперационном периоде более выражен болевой синдром, а также возможны диспептические расстройства, что связано с тем, что пища по узкому просвету желудка продвигается с трудом. Примерно у 30% пациентов развивается изжога, что связано с изменением в ходе операции запирающего клапанного механизма пищеводно-желудочного перехода, а также с оставлением части антрального отдела желудка, в котором имеется зона, продуцирующая соляную кислоту. В дальнейшем это приводит к развитию рефлюкс-эзофагита, при отсутствии

коррекции которого медикаментозными или хирургическими средствами, развиваются осложненные формы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Учитывая этот факт, в клинике разработан новый способ выполнения «рукавной» резекции желудка с созданием антирефлюксного барьера, с целью профилактики послеоперационного рефлюкс-эзофагита (Патент РФ № 2428941 от 20.09.2011 Бюл. № 26).

Способ осуществляется следующим образом, проводится верхне-срединная лапаротомия. После ревизии органов брюшной полости желудок мобилизуется по большой кривизне до кардиального отдела. Далее в желудок устанавливается толстый желудочный зонд. Оттесняя зонд максимально к малой кривизне, начиная от привратника, проводится продольная резекция желудка аппаратными швами. Скрепочные швы перитонизируются узловыми швами. В результате желудок приобретает форму «трубки». Далее производится продольное рассечение серозно-мышечной оболочки в области кардии до подслизистого слоя, параллельно линии резекции желудка (рис 1 а). Данный разрез ушивается в поперечном направлении, что позволяет мобилизовать кардио-фундальный переход и фиксировать его к пищеводу на протяжении не менее 3 см выше пищеводного сфинктера (рис 1 б). В результате образуется искусственный острый кардио-фундальный угол по типу угла Гиса, и восстановить антирефлюксный механизм кардии (рис 1 в).



а) Внеслизистая продольная фундотомия

б) Ушивание дна желудка в поперечном направлении

в) Сформированный кардиофундальный угол.

Рис 1. Способ формирования острого кардиофундального угла.

Данный способ применен в клинике у 4 (5,6%) пациентов, которым выполнялась «рукавная» резекция желудка. У всех пациентов в раннем послеоперационном периоде диспептических явлений в виде изжоги отмечено не было. При этом было отмечено удлинение оперативного вмешательства в среднем на $21,1 \pm 3,04$ мин., что связано с техническими сложностями манипулирования в области пищеводно-желудочного перехода у тучных больных, когда зона

вмешательства существенно углубляется. В данном случае перспективным видится применение лапароскопических технологий.

Результаты проведенных бариатрических операций характеризовались и рассматривались нами в комплексе оказываемого влияния на динамику и процент снижения избыточного веса, компенсацию или избавление от ассоциированной с ожирением соматической патологии, а также восстановление трудоспособности, социальной адаптации в послеоперационном периоде и изменения качества жизни пациентов.

Для оценки выбранной стратегии хирургического лечения МО нами изучены исходы у всех больных в ближайшие и у 54 (76,1%) в отдаленные сроки после хирургического вмешательства.

Важнейшим моментом у больных, перенесших бариатрическую операцию, является разъяснение необходимости правильного, регламентированного начала питания. При этом ограничивается по однократному объему количество принимаемой пищи, частота приема пищи, правила перехода от жидкой к пюреобразной и в дальнейшем к твердой пище. Несоблюдение этих простых требований в основном и явилось причиной высокого количества диспептических расстройств 23 (32,3%) случая, после того как пациентам разрешали самостоятельно принимать жидкую пищу после операции. Из них у 8 (11,3%) они проявлялись в виде рвоты и требовали назначения противорвотных средств. Анализ осложнений после бариатрических операций представлен в таблице 2.

Таблица 2

Ранние послеоперационные расстройства и осложнения

Осложнения	Частота(%)
диспепсические нарушения	23 (32,3%)
<i>рвота</i>	8 (11,3%)
гнойно-воспалительные:	6 (8,5%)
серома (гематома)	4 (5,6%)
нагноение раны	2 (2,9%)
печеночная недостаточность	3 (4,2%)
анастомозит	3 (4,2%)
отек соустья	1(1,4%)
ишемические нарушения в миокарде	5 (7,0%)
ОНМК	1 (1,4%)
летальность	1 (1,4%)

На третьи сутки после операции умерла 1 (1,4%) больная на фоне развития острой недостаточности мозгового кровообращения, таким образом, послеоперационная летальность составила 1,4%. Таким образом, структура ранних послеоперационных осложнений достаточно специфичная для пациентов перенесших бариатрические операции. Вполне обоснованным видится назначение профилактических мероприятий всем пациентам с ожирением, несмотря на возраст и наличие сопутствующей патологии, т.е. МО следует считать существенным фактором риска любого осложнения.

Отдаленные результаты прослежены в период от 1 до 5 лет путем стационарного и амбулаторного обследования, а также анкетированием у 54 (76,1%) больных. Лишь у 8 (11,3%) пациентов, которым выполнялась «рукавная» резекция желудка отдаленные результаты прослежены в срок до 2 лет, так как эти операции внедрены в клинику с 2008г.

Оценивая динамику изменения показателей избытка массы тела отмечено, что операция ЛНБЖ дает в целом удовлетворительные результаты и приводит к снижению веса. В течение первого года после операции процент потери избыточной массы тела составил 49,3%. Однако необходимо учитывать, что нами осуществлялся строгий отбор пациентов для данного вмешательства (ИМТ от 30 до 40 кг/м², отсутствие осложненного течения ассоциированной с ожирением патологии, возраст пациентов до 50 лет).

После ВГП максимальная потеря массы тела происходила через полтора года после операции и в среднем составила 69±4 кг (34,1%) от исходной. Дальнейшее наблюдение показало, что после 2-х лет снижения массы тела не наблюдалось, а через 3 года масса тела начала увеличиваться на 2-8% от минимальной потери, а к 5 годам после операции потеря массы тела составляла 29,1% от исходной. Наибольшее количество 3 (4,2%) повторных операций так же было связано с ВГП. У 2 пациентов отмечена реканализация сообщения между «малым» и «большим» желудками, а у 1 пациента дилатация выходного отдела из «малого» желудка.

Что касается ЖШ, то через три года потеря массы тела составила 43,3% от исходной, а через 5 лет составляла 44,5%, т.е. происходила стабилизация веса без его набора в дальнейшем. После операции ЖШ в течение года после операции осложнений не отмечено, хотя в раннем послеоперационном периоде именно у этих больных отмечалось наиболее тяжелое восстановление.

По динамике потери массы тела операция «рукавной» резекции демонстрирует сходный с шунтирующими операциями результат. Процент потери массы тела от исходной за первые 3 мес составил 9,8%, за последующие 6 мес - 22,5%, 12 мес –

30,1%, а за 24 мес. - 35,2%. Ввиду того, что «рукавная» резекция сравнительно молода, пока у большинства авторов, так же как и у нас, нет данных насколько будут стабильны ее результаты к 5 годам наблюдения. При этом, необходимо отметить, что данная операция обладает существенным преимуществом, потому что не нарушает физиологичности пассажа пищи по ЖКТ и при развитии неудовлетворительных результатов легко может быть переведена в один из шунтирующих вариантов.

Оценивая влияние операций на течение сопутствующей патологии необходимо сказать, что снижение массы тела, происходившее после всех видов вмешательств примерно одинаково характеризовало изменения в зависимых органах и системах.

Уменьшение массы тела сопровождалось снижением показателей артериального давления. Через 12-18 мес. после операции у 51 (71,8%) удалось добиться нормализации артериального давления. Проведенный корреляционный анализ зависимости артериальной гипертензии от снижения массы тела после проведенных оперативных вмешательств показал, что имеется высокая теснота связи этих показателей, что говорит о сильной корреляционной зависимости этих факторов ($r = 0,77$, $p < 0,01$).

Исследование функции внешнего дыхания свидетельствовало о статистически достоверном ($P < 0,01$) увеличении показателей ЖЕЛ и PaO_2 . Синдром обструктивного апноэ сна через 5 лет после операции купировался практически у всех пациентов и выявлялся лишь у 3 (5,5%) больных.

Нами не отмечено статистически достоверных изменений показателей электролитов сыворотки крови у больных, перенесших бариатрические операции.

Снижение массы тела после бариатрических вмешательств сопровождалось статистически значимыми ($p < 0,001$) улучшениями липидного обмена. На протяжении всего периода наблюдения до 5 лет сохранялись их нормальные значения (ОХС $3,2 \pm 1,3$, ХС ЛПНП $1,8 \pm 0,4$, ТГ $0,9$ ммоль/л) и дислипидемии не было выявлено ни у одного больного. Так же отмечено статистически значимое снижение частоты выявления гипергликемии с потерей массы тела. До операции гипергликемия выявлялась у 15,5%, через 6 мес. она встречалась у 11,2% и в среднем составляла $7,2 \pm 3,1$ ммоль/л, через 12 мес. у 5,7% пациентов ($5,8 \pm 2,6$ ммоль/л ($p < 0,001$)) и не повышалась до 5 лет наблюдения. При этом наилучшие результаты достигнуты при выполнении ЖШ. Аналогичные тенденции прослежены и в отношении гликированного гемоглобина HbA1c (исходно до операции составлял $7,8 \pm 1,7\%$, через 5 лет $5,1 \pm 0,9$). Отмечено достоверное ($p < 0,001$) улучшение чувствительности к эндогенному инсулину уже через 6 мес.

после операции (снижение индекса НОМА-R от 6,9 до операции к 1,1 к пятому году после нее).

В качестве интегральных показателей липидного и углеводного обмена нами были приняты уровень гипергликемии и значение коэффициента атерогенности (табл. 3).

Таблица 3

Динамика основных клинических показателей в зависимости от снижения массы тела

Показатель	Период (мес)				Коэфф Спирмена
	до операц	3 мес	6 мес	12 мес	
Коэффициент атерогенности	6,5±0,82	5,2±0,63	6,6±0,71	4,8±0,8	r = 0,69, p<0,01
Глюкоза крови (ммоль/л)	8,8±1,61	7,7±1,12	6,3±0,81	4,5±1,94	r = 0,92, p<0,001
АД (сист)	180±17,2	175±21,7	160±13,3	140±13,6	r = 0,77, p<0,01
ЖЕЛ (л)	2,21±0,11	3,01±0,21	3,1±0,12	3,2±0,17	r = 0,68, p<0,01

Примечание p<0,05

Таким образом, снижение массы тела вследствие хирургического лечения приводит к уменьшению частоты тяжелых сопутствующих заболеваний.

Что касается общехирургических осложнений, то в отдаленный период основным из них явилось развитие в течение 3 лет после операции вентральных грыж в области операционного доступа у 11 (20,3%) человек. В основном грыжи образовывались в первый год после операции 7 больных (63,6%), до 2 лет у 3 больных (27,2%) и у 1 (9,2%) пациента грыжевое выпячивание обнаружилось в период от 2 до 3 лет после операции.

Снижение массы тела после бариатрических операций приводит к образованию избыточных кожно-жировых лоскутов. Удаление этих лоскутов выполнялась нами у 7 (9,8%) пациентов заключительным этапом хирургического лечения больных с МО. Мы, обращаем внимание на эти операции как неотъемлемую часть реабилитации пациентов после бариатрических операций, напрямую влияющих на качество жизни этих больных.

Таким образом, по полученным нами данным в сроки до 5 лет у 41 (75,9%) получены хорошие результаты после первичной операции, у 8 (14,8%) удовлетворительные, а у 5 (9,2%) которым выполнены повторные операции

результат признан неудовлетворительным, хотя в дальнейшем после повторной операции необходимый эффект был достигнут (рис. 2).

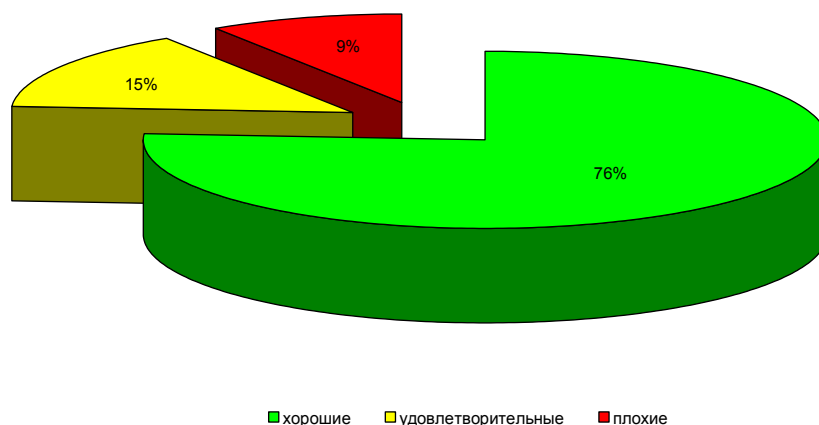


Рис 2 Результаты выполнения бариатрических операций

Достигнутое снижение массы тела, коррекция сопутствующих нарушений в зависимых органах и системах, нормализация показателей обменных процессов позволяют считать выбранные методы вмешательств эффективными, а полученные результаты хорошими.

Наш опыт свидетельствует о необходимости постоянного дальнейшего наблюдения за пациентами после перенесенных операций и в перспективе внедрение лапароскопических технологий для бариатрических операций в клинику.

Оценка качества жизни является достаточно новым, хорошо зарекомендовавшим себя, перспективным направлением клинической медицины, которое дает возможность точнее оценивать нарушения в состоянии здоровья пациентов, яснее представить суть клинической проблемы, определить наиболее рациональный метод лечения, а также оценить его ожидаемые и конечные результаты по параметрам, которые находятся на стыке научного подхода специалистов и субъективной точки зрения пациента.

Инструментом для оценки КЖ мы использовали опросник Medical Outcomes Study (MOS) short form (SF) 36 (Исследование медицинских результатов - Короткая форма - 36), который был создан в 1992 году для того, чтобы определить минимальные психометрические стандарты, необходимые для групповых сравнений. Данный опросник удобен в использовании, позволяет разносторонне

обрабатывать клинический материал, обладая достаточно высокой чувствительностью, является кратким по объему, что делает его применение удобным для исследователя. SF-36 позволяет измерять те составляющие здоровья, которые не являются специфичными для возрастных групп больных с определенными заболеваниями или программами лечения. Его методика предназначена для изучения всех компонентов КЖ. Для создания этого опросника из 40 концепций здоровья исследователями были отобраны только 8 шкал, т.к. их изучение показало, что они наиболее часто измеряются на практике в популяционных исследованиях, и наиболее часто подвергаются влиянию заболевания и методам лечения. Анализ этих 8 концепций показал, что они представляют собой составные характеристики здоровья, включающие функцию и дисфункцию, стресс и благополучие, объективные и субъективные оценки, положительные и отрицательные самооценки общего состояния здоровья.

Опросник SF-36 признан удобным инструментом исследователями разных стран, доказана обоснованность, надежность и эффективность переведенных вариантов и адаптации с английского языка.

В рамках изучения КЖ, связанного со здоровьем, на базе Российской Военно-медицинской академии (г. Санкт-Петербург) был создан Межнациональный Центр по изучению качества жизни (МЦИКЖ), где утверждена русскоязычная версия опросника SF-36. Результаты сравнительного анализа показали соответствие с характеристиками данных исследований КЖ, проведенных в других странах, а применение его в оценке качества жизни в исследованиях, связанных с популяциями с избыточной массой тела и ожирением, было признано адекватным и применимым у этой категории больных.

В нашем исследовании больным во время поступления в стационар на оперативное лечение и спустя 2 года после операции предлагалось самостоятельно заполнить русскоязычную версию опросника SF-36, целью которого была оценка их качества жизни и влияния на него перенесенной операции и ее результатов. Данный срок был определен тем, что через 2 года колебания веса происходят в узких пределах и можно говорить, что к этому времени он постоянен. В то же время, происходит стабилизация имеющейся соматической патологии и можно говорить о достигнутых результатах, при этом эмоциональный фон, связанный с операцией как бы «уходит в прошлое» и не оказывает существенного влияния на ответы анкетированных.

В течение последних трех лет при поступлении в клинику все пациенты заполняли соответствующую форму, через 2 года после операции аналогичное

исследование удалось провести у 37 пациентов (основная группа), из них женщин было 25 (67,6%), мужчин - 12 (32,4%). В контрольную группу (2 группа) вошли 45 человек, добровольцев, ИМТ которых не превышал 29 кг/м². Подбор пациентов в контрольную группу осуществлялся по полу, возрасту и наличию сопутствующей патологии пропорционально составу основной группы для получения более однородных данных и нивелированию гендерного различия в отношении к различным внешним и внутренним для индивида факторам при оценке качества жизни.

Таким образом, контрольную группу составили 15 (33,3%) мужчин и 30 женщин (66,7%) в возрасте от 18 до 57 лет. Средний возраст составил 37,1±0,54 года. Более трети пациентов 2 группы 18 (40,0%) перенесли ранее открытые вмешательства на органах брюшной полости, в основном 11 (24,4%) по поводу гинекологической патологии.

Для пациентов был выбран ряд критериев исключения, направленных на повышение однородности группы и повышение чувствительности анализа, а также улучшение интерпретируемости проводимых диагностических тестов. Из группы контроля исключались пациенты, перенесшие инфаркт миокарда и острую недостаточность мозгового кровообращения (ОНМК) из анамнестических данных или при оценке ЭКГ, выполненной при поступлении. Критериями исключения было наличие хронических заболеваний в стадии декомпенсации, так как это могло существенно изменить качество жизни и повлиять на определяющие его факторы, не имея при этом отношения к целям исследования.

Таким образом, группа пациентов с МО сравнивалась с выборкой пациентов без МО с целью оценки различий по показателям качества жизни, и исследуемая выборка была репрезентативна в отношении пациентов с МО и ассоциированными с ним заболеваниями в стадии компенсации. Причиной такого выбора стала возможность выполнения бариатрической операции и потенциальная обратимость нарушений здоровья в плане долгосрочного прогноза именно у этой категории больных

На основании проведенной калькуляции полученных результатов тестирования была составлена сводная таблица, характеризующая КЖ пациентов с МО до операции, через 2 года после бариатрического вмешательства в сравнении с контрольной группой, результаты которой представлены на следующих рисунках (рис 3, 4).

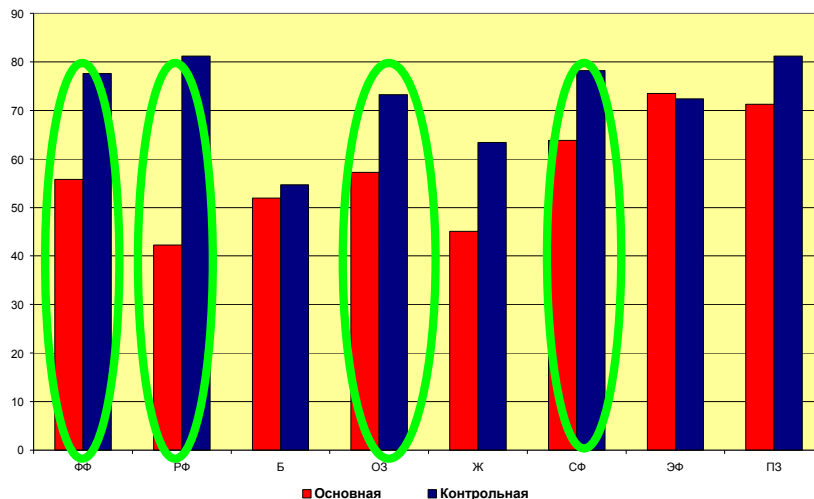


Рис 3 Сравнение КЖ у пациентов до операции с группой контроля (выделены статистически значимые различия).

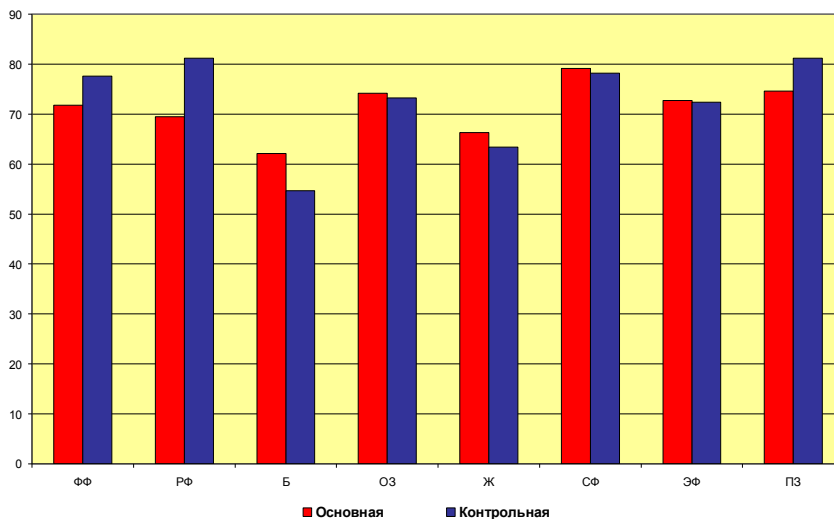


Рис 4 Сравнение КЖ у пациентов после операции с группой контроля

Полученные данные статистически достоверно свидетельствуют о положительном влиянии оперативного лечения на физический компонент здоровья и оценку социального функционирования, свидетельствующие о снижении роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности больного. Соответственно данным, полученным при корреляционном анализе, при сравнении показателей до операции и после нее были получены достоверные различия по шкалам физического функционирования ($p < 0,001$), оценки здоровья ($p < 0,005$) и физического компонента качества жизни ($p < 0,01$). Повысился уровень социальной активности - эмоциональная и физическая способность к общению с представителями общей популяции. Показатели общего восприятия здоровья (GH) и способности заниматься профессиональной работой так же

улучшились, при этом разница по остальным шкалам психического компонента была недостоверной. При этом достоверных отличий между группами через 2 года после операции и контрольной группой отмечено не было.

Следовательно, одним из определяющих моментов во влиянии ожирения на качество жизни является уровень повседневной физической активности. При анализе корреляций показателей ИМТ достоверно коррелировал ($r = 0,31$ $p < 0,005$) с физическим компонентом качества жизни, корреляция с психическим компонентом не выявлялась.

Хотя и не было выявлено достоверной связи ожирения с другими шкалами опросника, по ряду относящихся к ним вопросов пациенты с ожирением демонстрировали худшие показатели. Наличие достоверной разницы при оценке общего здоровья свидетельствуют о имеющемся влиянии у пациентов с МО на качество жизни факторов, связанных с возрастом и наличием ассоциированной с ожирением патологии. Однако, при компенсированном состоянии метаболических нарушений ментальный компонент качества жизни не определяется однозначно состоянием здоровья пациентов, он зависит от их социального статуса, личностных характеристик. В случае с ожирением пациенты могут иметь более высокие показатели ментального компонента качества жизни в связи с лучшим социальным статусом, более высоким уровнем дохода, несмотря на физические ограничения, причиняемые избыточным весом.

При ответе на вопрос, насколько физическое состояние ограничивает в выполнении определенных нагрузок, у 39 (84,8%) пациентов с ожирением отмечалось ограничение при выполнении тяжелых физических нагрузок (бег, поднятие тяжестей) и у 35 (76,1%) пациентов умеренных (уборка квартиры) нагрузок, соответственно в контрольной группе 20 (44,4%) и 17 (37,8%).

Различия в ответах при оценке выполнения легких нагрузок (поднять и нести сумку с продуктами) достоверно не различались, хотя по абсолютным цифрам показатели были хуже в группе с МО. При отсутствии ожирения 34 (75,5%) пациента не отмечали каких либо ограничений в подъеме на один лестничный пролет, тогда как наличие ожирения было связано с умеренным ограничением у 58,7%.

На фоне МО у 43 (93,4%) пациентов наблюдалось затруднение в таких видах деятельности как наклоны и приседания ($p < 0,05$), при этом 22 (47,8%) из них испытывали значительные затруднения. В то же время практически все пациенты контрольной группы ответили, что не испытывали затруднений при наклонах и приседаниях. ($p < 0,0001$)

Сводя данные в таблицу, мы выявили так же связь ожирения и с оценкой общего здоровья пациентами. Как посредственное его оценила большая часть пациентов в группах сравнения, тогда как плохим его оценили 14 (30,4%) пациентов с МО и 3 (6,7%) - без него ($p < 0,05$).

Оценивая утверждение о большей склонности к болезням 26 (56,5%) пациентов с ожирением охарактеризовали его как верное, тогда как в контрольной группе положительный ответ выявлен в 8 (17,7%) случаях

Психологические аспекты «ожидания болезни» у пациентов с МО во многом связаны с механизмами воздействия последнего на сердечно-сосудистую систему, функцию внешнего дыхания, уровня гликемии и липидного баланса. Эти механизмы в аспекте хирургического снижения веса представляют собой потенциальные возможности улучшения качества жизни таких больных.

Таким образом, на основании изучения качества жизни пациентов до операции и после нее и сравнении с контрольной группой, пациенты которой также перенесли абдоминальные операции, но ИМТ которых не превышал 29 кг/м², выявлено, что имеются статистически достоверные различия по уровню КЖ у пациентов до операции и контрольной группой. В то же время разница в полученных результатах между контрольной группой и через 2 года после операции существенно не определялась и была статистически не достоверной. Следовательно, выполнение бариатрических операций позволяет существенно улучшить КЖ и вернуть пациентов на уровень удовлетворяющий потребности людей не только в плане компенсации патологических изменений в органах и системах, но и повысить самооценку и придать активную жизненную позицию в социуме. Основываясь на проделанной работе необходимо подчеркнуть, что хирургический метод лечения больных с МО единственный, который позволяет вернуть человека к полноценной жизни, снизить инвалидность, а также избавить его от физических, косметических и психических неудобств, обусловленных ожирением. Наш опыт свидетельствует о необходимости постоянного дальнейшего наблюдения за пациентами после перенесенных операций.

Выводы:

1. Самые стабильные результаты отмечены при выполнении желудочного шунтирования, после которой в срок до 5 лет потеря массы тела от исходной составляла 44,5%, и не отмечалось повторного набора веса пациентами. Из гастрорестриктивных операций внедренных в клинику перспективным видится переход от вертикальной гастропластики к «рукавной» резекцией желудка.

2. Внедренный в клинику новый способ «рукавной» резекции желудка позволяет избежать развития в раннем послеоперационном периоде симптоматики рефлюкс-эзофагита и предотвратить развитие гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

3. Снижение массы тела после проведенных бариатрических вмешательств с высокой степенью достоверности имеет сильную корреляционную зависимость со снижением показателей глюкозы крови ($r = 0,92$, $p < 0,001$) и артериального давления ($r = 0,77$, $p < 0,01$), среднюю степень зависимости от нормализации коэффициента атерогенности ($r = 0,69$, $p < 0,01$) и показателей внешнего дыхания ($r = 0,68$, $p < 0,01$). Выбор метода оперативного лечения больных морбидным ожирением основывается на показателях индекса массы тела, особенностях пищевого поведения и степени метаболических нарушений.

4. Повышение качества жизни после бариатрических операций существенно связано с повышением уровня повседневной физической активности ($r = 0,31$ $p < 0,001$), в отношении ментального компонента качества жизни такой зависимости отмечено не было. Улучшение после операции показателей шкалы «общего здоровья» было связано с нивелированием симптоматики ассоциированной с ожирением патологии.

Практические рекомендации:

1. При наличии у пациентов с ожирением клиники «метаболического синдрома» и наличии у него ассоциированной с ожирением патологии необходимо предлагать хирургические методы коррекции веса.

2. При выборе метода бариатрической операции необходимо руководствоваться показателем индекса массы тела пациента и выраженности патологических проявлений ассоциированной патологии.

3. Учитывая высокие риски тромбозных и гнойно-воспалительных осложнений у тучных больных необходимо назначение низкомолекулярных гепаринов и антибиотиков в профилактических дозах на этапах перед операцией в ее ходе и раннем послеоперационном периоде.

4. При проведении «рукавной» резекции желудка эффективно

применение разработанного в клинике способа, позволяющего избежать развития рефлюкс-эзофагита в послеоперационном периоде.

5. Проведение бариатрических вмешательств позволяет пациентам вернуть активное существование в социуме и вернуть качество жизни на уровень пациентов без ожирения.

6. Выполнение косметических операций после потери веса улучшает качество жизни больных в отдаленный период.

Список работ опубликованных по теме диссертации.

1. Галимов, О.В. Хирургическое лечение больных с метаболическими нарушениями. / О.В.Галимов, В.О.Ханов, З.Р.Габдулсабиров, Д.М.Зиганшин // Сборник научно-практических работ «Актуальные вопросы хирургии».- Челябинск.- 2009.- том 1.-С. 27-34.

2. Галимов, О.В. Влияние избыточной массы тела и ожирения на результаты оперативных вмешательств. /О.В.Галимов, З.Р.Габдулсабиров, Д.М.Зиганшин, А.И.Палтусов //«Новые технологии в хирургии, травматологии, онкологии, урологии».-Сборник науч. трудов конф по дорожной медицине. - Пенза.- 2009.-С. 24-25

3. Ханов, В.О. Современные подходы к лечению метаболического синдрома и морбидного ожирения. /В.О.Ханов, З.Р.Габдулсабиров, Д.М.Зиганшин, Е.С.Галимова //Мат-лы науч-практ конф. «Инновации в медицине – решение проблем охраны здоровья нефтехимиков».- Салават.- 2010.- С 93-98.

4. **Оценка результатов лечения пациентов на фоне метаболических нарушений. /В.О.Ханов, З.Р.Габдулсабиров, А.В.Шкундин [и др.] //Бюлл. Восточно-Сибирского НЦ Сибирского отделения РАМН.- Иркутск.- № 5(75).- 2010.- С.140-142.**

5. **Оценка результатов хирургических вмешательств и качества жизни, после перенесенных операций по поводу морбидного ожирения. /О.В.Галимов, В.О.Ханов, З.Р. Габдулсабиров [и др.] //«Медицинский вестник Башкортостана».- №6.- Том 5.- 2010.- С. 11-15.**

6. Миниинвазивные оперативные вмешательства в лечении сопутствующих заболеваний у пациентов при ожирении. /О.В.Галимов, Д.М.Зиганшин, З.Р.Габдулсабиров [и др.] //«Клиническая хирургия».- № 8.(809)- 2010.- С.9-11.

7. Габдулсабиров, З.Р. Миниинвазивные технологии в лечении хирургической патологии на фоне ожирения. /З.Р.Габдулсабиров, Д.М.Зиганшин,

А.В.Шкундин //Мат-лы XIV съезда хирургов Республики Беларусь «Актуальные вопросы хирургии».- Витебск - 2010.- С. 433-434.

8. Галимов, О.В. Качество жизни пациентов после бариатрических вмешательств. /О.В.Галимов, В.О.Ханов, Д.М.Зиганшин, З.Р.Габдулсабировова //Мат-лы VI Российского симпозиума с международным участием «Хирургическое лечение ожирения и метаболических нарушений».- Калининград.- «Анналы хирургии». - 2011. -С. 18-19.

9. Gabdulsabirova, Z.R. The results of implementation of bariatric interventions in clinic /Z.R.Gabdulsabirova, T.R.Ibragimov, A.F.Mazitov, V.O.Khanov // Abstracts of XII International Euroasian Congress of Surgery and Gastroenterology.- Baku.- 2011.- P. 263.

10. Результаты хирургических операций и качества жизни пациентов после различных вариантов бариатрических вмешательств /О.В.Галимов, В.О.Ханов, З.Р.Габдулсабировова // Креативная хирургия и онкология.-№1.- 2011.- С. 39-44.

Патент

1. Способ хирургического лечения морбидного ожирения /О.В.Галимов, А.В.Шкундин, З.Р.Габдулсабировова [и др.].- № 2428941 20.09.11 Бюл.26.

Габдулсабирова Зиля Рустамовна

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ И КАЧЕСТВА
ЖИЗНИ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ БАРИАТРИЧЕСКИХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

14.01.17 – хирургия

