

О.Ю. Іоффе, М.С. Кривопустов, Ю.П. Цюра, О.П. Стеценко, Т.В. Тарасюк

ДВОЕТАПНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ СУПЕРОЖИРІННЯМ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Актуальність і медико-соціальна значущість проблеми ожиріння є вкрай високими. Міжнародна федерація хірургії ожиріння та метаболічних розладів особливо увагу з огляду на відомі ризики для здоров'я пацієнта приділяє проблемі морбідного ожиріння (МО) з індексом маси тіла (ІМТ) >40 кг/м², окремо виділяючи суперожиріння (ІМТ>50 кг/м²). Недостатня ефективність консервативних методів лікування цих хворих обумовлює необхідність впровадження в клінічну практику бариатричних операцій. Натомість ці хворі нерідко мають високий операційно-анестезіологічний ризик, що ускладнює або унеможливує проведення цих оперативних втручань. Отже, обґрунтованим є пошук і впровадження нових ефективних стратегій зменшення операційно-анестезіологічного ризику виконання бариатричної операції, а також удосконалення вибору її типу.

Мета – поліпшення результатів хірургічного лікування хворих із МО, а саме суперожиріння, шляхом застосування двоетапного лікування зі зменшенням операційно-анестезіологічного ризику та оптимізацією вибору типу бариатричної операції.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

У дослідженні взяли участь 97 пацієнтів із МО та операційно-анестезіологічним ризиком III-IV класу за шкалою American Society of Anaesthesiologists – ASA Physical Status Classification System 2014 року (ASA PS). Середні показники маси тіла та ІМТ становили 191,63 (95% ДІ 186,75-196,51) кг і 68,08 (95% ДІ 66,45-69,71) кг/м² відповідно. Була поширеною коморбідна патологія, зокрема, цукровий діабет (ЦД) 2-го типу мали 70 (72,2%) пацієнтів. Серед хворих було 45 (46,4%) чоловіків і 52 (53,6%) жінки.

Лікування хворих проводили в 2 етапи. На першому етапі для основної групи (n=60) використовували встановлення внутрішньошлункового балона (ВШБ) терміном на 6 місяців, для контрольної групи (n=37) – консервативну терапію терміном на 6 місяців, яка включала дієту, фізичну активність і

поведінкову терапію. На другому етапі хворим обох груп проводили хірургічне лікування. Тривалість спостереження для всіх пацієнтів складала на першому етапі 6 місяців, на другому – 12 місяців. Бариатричну операцію, тобто другий етап двоетапного лікування, виконано в 61 хворого.

Використовували такі методи дослідження: клінічні (анамнестичний, антропометрія з визначенням розрахункових показників, клінічне обстеження з консультацією відповідних фахівців), лабораторні (загальний аналіз крові, визначення рівнів глюкози в плазмі венозної крові натще, глікованого гемоглобіну – HbA1c, С-пептиду, біохімічні дослідження сироватки крові), інструментальні (вимірювання артеріального тиску, електрокардіографія, спірометрія, ультразвукові, рентгенологічні та ендоскопічні дослідження), оцінка операційно-анестезіологічного ризику за шкалою ASA PS, анкетування за допомогою опитувальника OWLQOL-17 для оцінки якості життя хворих із МО, статистичні методи для обробки отриманих результатів (статистичний пакет IBM SPSS Statistics Base v.22).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

На першому етапі лікування в хворих основної групи ІМТ у середньому знизився від 68,3 (95% ДІ 66,39-70,20) кг/м² до 58,19 (95% ДІ 56,33-60,04) кг/м² (p<0,001). Середній відсоток втрати надмірної маси тіла (%EWL) склав 22,46 (95% ДІ 20,93-24,0)%. У хворих контрольної групи застосування консервативних методів лікування не привело до статистично значущого зниження маси тіла та зазначених розрахункових показників. Виявлено зворотний значущий лінійний кореляційний зв'язок середньої сили між показниками класу операційно-анестезіологічного ризику та %EWL (r=-0,551; p<0,01).

Застосування на першому етапі лікування ВШБ привело до поліпшення функціонування кардіоваскулярної системи, органів дихання та вуглеводного обміну на тлі зниження операційно-анестезіологічного ризику з 3,28 (95% ДІ 3,17-3,40) до 2,15 (95% ДІ

2,06-2,24) ($p < 0,001$), на відміну від групи хворих, яким на першому етапі застосовували консервативну терапію.

За %EWL як показником ефективності лікування пацієнти основної та контрольної груп розподілились таким чином: %EWL < 20% або %EWL ≥ 20%. Встановлено, що застосування ВШБ дозволяє в 3 рази ($p < 0,001$) знизити ризик недосягнення %EWL ≥ 20 порівняно з використанням консервативних методів лікування, $VP = 0,33$ (95% ДІ 0,22-0,47).

Розроблено алгоритм диференційованого вибору типу бариатричної операції на підставі ефективності попереднього використання рестриктивної методики ВШБ і наявності/відсутності в пацієнта ЦД 2-го типу. Так, за досягнення %EWL ≥ 20% шляхом 6-місячного використання ВШБ перевага має надаватися рестриктивному типу бариатричної операції; за %EWL < 20% – комбінованому бариатричному втручанню; за наявності в пацієнта з МО ЦД 2-го типу незалежно від %EWL перевага має надаватися комбінованому бариатричному втручанню.

Згідно із запропонованим алгоритмом диференційованого вибору типу операції 51 (83,6%) хворому було проведено лапароскопічне шлункове шунтування (ЛШШ), 9 (14,8%) – лапароскопічне регульоване бандажування шлунка, 1 (1,6%) – лапароскопічну рукавну резекцію шлунка. Через 12 місяців після операції середній %EWL склав 55,27 (95% ДІ 53,32-57,23) %. Середній %EWL у хворих, яким було здійснено ЛШШ, склав 55,18 (95% ДІ 53,21-57,15) %.

Результати аналізу ефективності двоетапного лікування 61 хворого з МО, для яких на першому етапі використовували ВШБ протягом 6 місяців, а на другому – бариатричну операцію, вибір якої ґрунтувався на ефективності попереднього використання ВШБ і наявності/відсутності в пацієнта ЦД 2-го типу, засвідчили досягнення зниження

середнього ІМТ з 68,09 (95% ДІ 66,17-70,01) кг/м² до 38,53 (95% ДІ 37,39-39,67) кг/м² ($p < 0,001$). Важливо, що через 12 місяців після виконання бариатричної операції ІМТ > 50 кг/м² не було в жодного пацієнта. Крім того, в переважній кількості пацієнтів, а саме в 27 (44,3%) вираженість ожиріння знизилася до II ступеня за класифікацією ВООЗ. В одного (1,6%) пацієнта показник ІМТ став відповідати критеріям не ожиріння, а надмірної маси тіла.

Середній %EWL склав 65,28 (95% ДІ 63,58-66,98) %. Цілковита ремісія ЦД 2-го типу відбулася в 68,1% випадків. У цих хворих поліпшилася якість життя – середній показник загальної суми балів якості життя за даними опитувальника OWLQOL-17 збільшився з 23,53 (95% ДІ 22,86-24,20) бала до 64,92 (95% ДІ 63,45-66,38) бала ($p < 0,001$). Виявлено прямий лінійний кореляційний зв'язок середньої сили між показниками %EWL та загальної суми балів якості життя хворих ($r = 0,64$; $p < 0,001$).

ВИСНОВКИ

Хворим із МО, а саме із суперожирінням, з операційно-анестезіологічним ризиком III-IV класів за шкалою ASA PS, наявністю коморбідних станів рекомендовано двоетапне лікування. На першому етапі – встановлення ВШБ терміном на 6 місяців з метою підготовки до виконання бариатричної операції. На другому етапі у виборі типу бариатричної операції слід враховувати ефективність попереднього 6-місячного використання ВШБ за показником %EWL і наявності/відсутності у пацієнта ЦД 2-го типу. За досягненні %EWL ≥ 20 % рекомендується рестриктивна бариатрична операція; за %EWL < 20% – комбінована бариатрична операція; за наявності в пацієнта ЦД 2-го типу незалежно від %EWL – комбінована бариатрична операція. Запропоноване двоетапне лікування виявилось ефективним у пацієнтів із ЦД 2-го типу та без нього за показниками антропометрії та результатами оцінки якості життя хворих.

Дата надходження до редакції 19.10.2018 р.